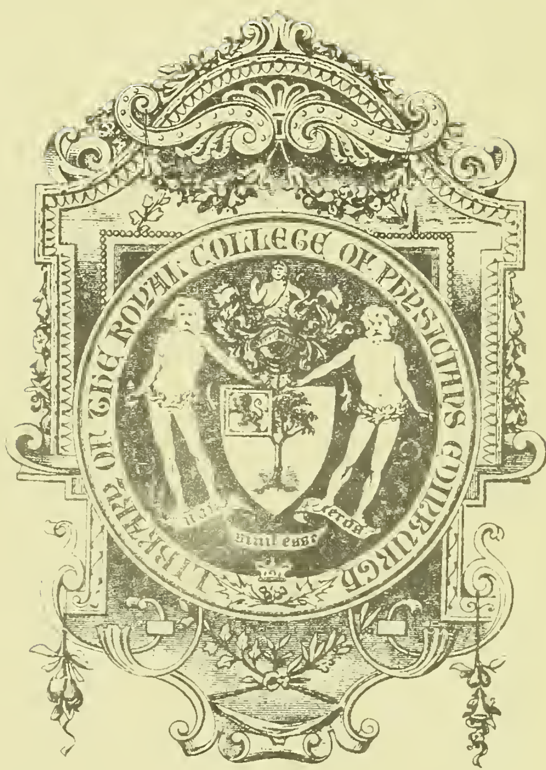

LIBRARY OF THE ROYAL COLLEGE OF PHYSICIANS EDINBURGH

# TRAITÉ PHILOSOPHIQUE

DE

# MÉDECINE PRATIQUE.

IMPRIMERIE DE FÉLIX LOCQUIN,
16, rue Notre-Dame-des-Victoires.

# TRAITÉ PHILOSOPHIQUE

DE

# MÉDECINE PRATIQUE

PAR A. N. GENDRIN, D. M.,

MÉDECIN DE L'HÔPITAL DE LA PITIÉ.



TOME TROISIÈME.

A PARIS,

*Chez* GERMER BAILLIÈRE, LIBRAIRE-ÉDITEUR,

RUE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE, N° 17.

A LONDRES,
*Chez* H. BAILLIÈRE, 219, *Regent-Street.*

A LEIPZIG,
*Chez* BROCKHAUS et AVENARIUS, MICHELSEN.

A LYON,
*Chez* SAVY, quai des Célestins, 48.

A FLORENCE,
*Chez* RICORDI et Comp., libraires.

A MONTPELLIER, *Chez* CASTEL et SEVALLE.

1841

# TRAITÉ PHILOSOPHIQUE

DE

# MÉDECINE PRATIQUE.

## SUITE DE LA DEUXIÈME PARTIE.

CONTINUATION

## DE LA SECTION PREMIÈRE DU LIVRE II.

## SUITE DU CHAPITRE PREMIER.

ART. II. Des altérations des organes dans les dyspepsies nidoreuses et les fièvres dyspepsiques ou assodes ; ou des altérations des organes dans les états saburrhaux ou les embarras gastriques et intestinaux, muqueux et bilieux et dans les fièvres gastriques, muqueuses, bilieuses, etc., des auteurs.

Moyen d'apprécier l'état du tube digestif dans les maladies assodes.

1927. C'est le tube digestif qui est le siége des altérations anatomiques principales dans les dyspepsies nidoreuses et les fièvres assodes (1698). Ces altérations sont difficiles à reconnaître, et leur nature est encore plus difficile à déterminer. Nous ne pouvons espérer de surmonter ces difficultés qu'en décrivant d'abord l'état normal des organes. Ce n'est pas seulement une introduction indispensable à l'exposition des résultats des observations anatomiques recueillies sur l'état des organes digestifs dans les dyspepsies nidoreuses et dans les fièvres assodes, ce sera aussi un point de départ pour faire connaître et apprécier exactement

l'état du tube digestif dans un grand nombre de maladies, et notamment dans les diacrises gastro-intestinales colliquatives, dans les catarrhes intestinaux, dans les typhus, etc., etc.

### § I. *De la membrane muqueuse gastro-intestinale et des fluides sécrétés à sa surface dans l'état de santé.*

Couleur de la muqueuse digesgestive saine sur les sujets de divers âges.

1928. La membrane muqueuse de l'estomac est chez l'adulte d'un blanc mat; dans le duodénum, et à mesure qu'on descend dans le jéjunum et l'iléon, elle devient d'un blanc légèrement grisâtre; dans les gros intestins, elle est d'un blanc mat d'une teinte un peu jaune; partout elle a l'aspect d'un tissu mou et humide. Chez les enfants la tunique interne du tube digestif est d'un blanc faiblement rosé dans toute son étendue, mais surtout dans le duodénum et le jéjunum; chez les vieillards, cette membrane est d'un blanc mat, un peu cendré dans l'estomac, plus clair dans le duodénum, et légèrement jaune dans les gros intestins.

Influence de la digestion sur l'aspect de la muqueuse gastro-intestinale.

1929. Pendant la digestion, la tunique muqueuse gastro-intestinale devient rosée; elle est même quelquefois d'un rouge cerise, présentant dans son épaisseur et au dessous d'elle des rameaux vasculaires injectés. Cette couleur rosée de la muqueuse gastro-intestinale est si bien le résultat de la digestion, qu'elle n'existe que dans l'estomac pendant la première digestion, et dans les intestins pendant la digestion intestinale; elle se remarque aussi autour des résidus de la digestion quand ils sont accumulés en grande quantité dans la fin des intestins grêles ou dans le commencement des gros intestins; elle ne se rencontre pas au delà du cœcum, mais elle est très prononcée dans cet intestin.

1930. C'est par la dissection des cadavres de sujets morts par des causes accidentelles, faite à différentes époques après la mort, ou pratiquée pendant la vie sur des animaux, que l'on constate l'état de la muqueuse gastro-intestinale

que nous venons de décrire, état sur lequel les physiologistes sont, d'ailleurs, d'accord, comme ils le sont pour admettre que la teinte rouge de la membrane muqueuse gastro-intestinale est en rapport avec la quantité ou les qualités stimulantes des aliments et des boissons portés dans le tube digestif. Il n'y a rien dans tous ces résultats d'observation qui ne soit conforme à ce qui se remarque pour tous les organes; le tube digestif entre en action, et son action s'accompagne d'un état de turgescence caractérisé par une circulation plus active, et par suite une pénétration plus facile et plus large du sang dans ses capillaires.

1931. La membrane muqueuse gastro-intestinale saine est, dans toute son étendue, d'une extrême ténuité; on peut en juger en appliquant un lambeau détaché de cette membrane sur la pulpe du doigt, sa diaphanéité permet de voir la peau et l'ongle adjacents comme au travers d'une gaze gaufrée, et l'augmentation de volume qui résulte de la présence de ce lambeau n'est pas appréciable à la vue. L'épaisseur apparente de cette membrane comprend non seulement sa trame proprement dite, mais encore les cryptes mucipares, les villosités et le tissu cellulaire qui s'enlèvent avec elle lorsqu'on la détache.

Epaisseur de la membrane muqueuse gastro-intestinale.

Considérée isolément et comme feuillet membraneux proprement dit, la tunique muqueuse gastro-intestinale n'est qu'une pellicule excessivement mince, diaphane, très vasculaire, étendue sur une couche de follicules entre lesquels et dans les réservoirs desquels elle pénètre, et sur une multitude de petites éminences verticales, vasculaires, qui constituent les villosités. Au dessous de cette pellicule, on trouve une couche de tissu cellulaire très ténu, qui remplit les intervalles des follicules et rassemble les vaisseaux capillaires qui pénètrent dans les cryptes, dans la trame de la membrane muqueuse proprement dite et dans les villosités.

Lorsque, par l'effet d'une maladie chronique, ou même par les progrès de la vieillesse, les follicules se sont affais-

sés, les villosités se sont flétries, le tissu cellulaire s'est atrophié, la membrane muqueuse gastro-intestinale paraît singulièrement amincie, parce qu'elle est réduite à ce qu'elle est réellement, une pellicule étendue sur du tissu cellulaire raréfié.

Des cryptes mucipares gastro-intestinales; leur disposition dans l'état sain.

1932. La membrane muqueuse gastro-intestinale est parsemée d'une multitude de petits corps sphériques ou lenticulaires, placés au dessous d'elle, la plupart plus petits que des grains de millet : ce sont les cryptes mucipares. Ces organes sécréteurs, sont plus spécialement affectés dans les maladies dyspepsiques, c'est pourquoi nous attachons beaucoup d'importance à bien déterminer leur structure et leur disposition dans l'état sain.

1933. Th. Willis a reconnu le premier, en 1664, la présence des follicules mucipares à la surface adhérente de la tunique muqueuse intestinale : « La couche muqueuse qui » tapisse la membrane nerveuse à sa surface profonde est » formée d'un si grand nombre de petites glandes, que » l'on a le droit de la désigner sous le nom de membrane » glanduleuse [1]. »

Description des cryptes mucipares gastro-intestinales par Peyer.

1934. Quelques années plus tard, en 1677, la description des cryptes gastro-intestinales a été donnée en même temps par Glisson [2] et par Peyer. La description de Glisson est si vague, qu'elle a été à peine remarquée; celle de Peyer est au contraire très précise ; en voici la traduction : « Si l'on examine attentivement la face interne des intes- » tins grêles, l'on y voit un grand nombre de petites » glandes qui sont de diverses grosseurs et de formes va- » riables. Ces petits organes sont tantôt clair semés, tantôt » agglomérés ; on les trouve toujours à la fin de l'iléon ; » ils se rencontrent aussi au commencement de l'intestin » grêle, mais ils y sont plus rares, et quelquefois même

[1] *De infimo ventre*, in Bibliot. anat., P. I, p. 107.

[2] *Tract. de vent. et intest.* 1677, cap. III.

» ils ne s'y trouvent pas. Les agglomérations de ces glandes » ont une forme variable, tantôt arrondies ou ovalaires, » tantôt angulaires ou irrégulières. Ces glandes s'appuient » sur la tunique moyenne de l'intestin; elles font saillie » par leur sommet entre les villosités qui se trouvent » sur la paroi interne du tube digestif; elles sont d'une » consistance molle, en sorte qu'elles s'écrasent si l'on » veut exprimer le suc muqueux qu'elles contiennent. » Elles ont la grosseur d'une graine de navet; elles sont » peu apparentes sur les nouveau-nés, et elles y sont » d'une blancheur qui se confond avec celle de la mem- » brane interne; elles reçoivent des artères et des veines, » et l'on suppose qu'il s'y rend aussi des filets nerveux : on » ne les rencontre jamais au bord adhérent de l'intestin, » mais toujours à son bord libre. Elles ne sont agglomérées » que dans l'iléon, et se trouvent éparses et disséminées sur » tous les autres points du tube digestif. On découvre à » leur sommet leur orifice excréteur. Elles occupent de » préférence l'iléon, puis le duodénum, puis enfin, et plus » rarement, le jéjunum. Les agglomérations ou plexus » glanduleux adhèrent à la membrane villeuse, et trou- » blent la transparence de l'intestin dans le lieu qu'elles » occupent. Les valvules conniventes, décrites par Théo- » dore Kerkring, ne franchissent jamais les limites de ces » plaques. Il existe une autre espèce de glandes dans le » cœcum, le colon et le rectum; elles sont aussi nom- » breuses que les étoiles du firmament; elles se rencon- » trent indistinctement sur toutes les parties de la circon- » férence du canal intestinal [1]. » En 1682, Peyer reproduisit sa dissertation et la fit suivre d'une autre, dans laquelle il expliqua et compléta ses observations anatomiques; il établit alors que tout le tube digestif, l'estomac, les intestins grêles et les gros intestins sont remplis de glandes qui sont agminées dans la fin de l'estomac, près du

[1] T. Peyeri, *Exercit. anat-med. de glandul. intest.* Schafhusæ, 1677.

pylore, dans le duodénum et dans la fin de l'iléon, et disséminées dans les autres parties du tube digestif.

Description des cryptes mucipares gastro-intestinales par l'auteur.

1935. Les descriptions de Peyer, quoique plus complètes que celles qui se trouvent dans la plupart des traités modernes d'anatomie, ne donnent pas une idée tout à fait exacte de l'appareil crypteux intestinal de l'homme sain; elles ont été évidemment tracées d'après l'inspection du tube digestif, malade à un certain degré : aussi ont-elles contribué à accréditer quelques erreurs sur les altérations des cryptes mucipares dans les maladies.

Les cryptes mucipares gastro-intestinales [1] sont simples ou composées; les cryptes simples ne sont jamais visibles sans préparation dans l'état sain, où leur volume n'égale qu'à peine celui d'une petite tête d'épingle; ce sont de petites ampoules blanches, sur lesquelles on distingue rarement à l'œil nu, mais toujours à la loupe, un point grisâtre, indice de l'orifice excréteur. Ces cryptes simples se trouvent dans l'estomac, surtout dans sa moitié pylorique et le long de la grande courbure, et principalement vers le pylore; on en aperçoit aussi de disséminées dans le duodénum, entre le pylore et l'orifice du conduit cholédoque, parmi les follicules composés et agglomérés qui s'y rencontrent. Dans le jéjunum, ces cryptes simples sont si nombreuses, qu'elles sont presque confluentes; à mesure qu'on descend dans l'iléon, elles deviennent plus volumineuses et plus rares; à peine a-t-on dépassé la moitié supérieure

[1] La description des cryptes mucipares gastro-intestinales que nous donnons ci a été faite sur des dissections de cadavres de personnes qui ont succombé à des morts violentes, étant dans l'état de santé. Nous avons eu recours à deux modes de préparation pour rendre les cryptes évidentes : le premier, déjà indiqué par Willis, consiste à faire macérer l'intestin dans l'eau, le second à faire pénétrer de l'air par une éraillure pratiquée à dessein au dessous de la tunique villeuse, soit de dedans en dehors par la surface muqueuse elle-même, soit de dehors en dedans par la couche péritonéale. L'emphysème intestinal cadavérique offre une préparation très bonne pour ce genre de recherches. Il faut toujours examiner sous l'eau les pièces ainsi préparées.

de l'intestin grêle, le jéjunum compris, qu'on reconnaît que les cryptes se réunissent dans la moitié du tube intestinal opposée à l'insertion du mésentère, et forment comme une bande à bords irréguliers, mal déterminés, qui devient de plus en plus large, à mesure que l'on approche de la valvule iléo-cœcale. Dans les gros intestins, ces follicules simples sont très rares, et même l'on n'en trouve plus au delà du milieu du colon.

Les cryptes composées sont formées de plusieurs cryptes ou granulations crypteuses simples agglomérées, ayant un réservoir et un canal excréteur communs. A l'œil nu, ces petits corps semblent n'être que des cryptes simples, du volume de grains de chenevis. Ce n'est qu'avec la loupe que l'on peut reconnaître la structure de ces cryptes composées; un point grisâtre, irrégulier dans sa forme, et même dans sa position relativement au centre de la crypte composée, indique l'orifice excréteur central. Au moyen d'une loupe fixe et munie d'un objectif, on distingue facilement que chaque crypte composée est formée de plusieurs grains glanduleux irrégulièrement rassemblés.

Les cryptes composées se trouvent en assez grand nombre dans la fin de l'estomac, autour du pylore, dans tout le duodénum et dans le commencement du jéjunum; elles deviennent de plus en plus rares, à mesure qu'on descend dans les intestins grêles; à la fin de l'iléon, leur nombre augmente surtout sur la valvule iléo-cœcale; elles se multiplient beaucoup dans le cœcum; elles diminuent ensuite en quantité dans le colon ascendant, puis enfin elles augmentent de nouveau dans le colon descendant jusque dans le rectum.

Les cryptes simples et composées sont noyées dans l'épaisseur de la membrane muqueuse du tube digestif; à l'estomac, dans le cœcum, le colon et le rectum, elles sont plongées dans le tissu cellulaire adjacent. La même disposition se trouve dans les autres parties du tube digestif

pour un grand nombre de ces petits organes sécréteurs; mais un nombre plus grand encore de ces cryptes se trouve dans les villosités soit à la base de chacunes d'elles, soit plutôt encore à leur sommet. Cette disposition des follicules dans les villosités se reconnaît très aisément dans les cas où les cryptes ont acquis pathologiquement un volume insolite; en examinant sous l'eau la surface de la membrane villeuse, on voit alors les cryptes formant de petits corps, de l'aspect de grains de millet, flotter les uns à l'extrémité des villosités qui leur servent de pédicule, les autres sur les côtés de ces lamelles foliacées d'une extrême ténuité, les autres enfin à la base de ces lamelles. On reconnaît en même temps de semblables petits corps plongés dans l'épaisseur ou au dessous de la membrane muqueuse elle-même, ne laissant voir entre les racines des villosités flottantes, que le point noir, indice de leur orifice excréteur, ou qu'une partie de leur corps surmontée de ce point noir. On peut aussi dans cet examen constater une disposition anatomique qui appartient peut-être à toutes les cryptes, mais qu'on ne peut admettre comme certaine que pour les cryptes composées du plus gros volume du cœcum ou de l'estomac : la muqueuse se renverse et forme un petit canal de moins d'un millimètre de profondeur, au fond duquel se trouvent les follicules; on rencontre au col de cette dépression deux ou trois cryptes simples, et dans quelques points des cryptes composées sur lesquelles il y a une dépression infundibulaire qui naît du bord de l'orifice de la première.

De la tuméfaction morbide des cryptes mucipares gastro-intestinales.

1936. Le développement même physiologique, mais surtout pathologique des cryptes mucipares, simples ou composées, ne se fait presque jamais au même degré dans toute l'étendue du tube digestif; il ne se fait même pas également sur une même portion. Ainsi, lorqu'on examine sur une étendue de deux ou trois centimètres carrés la surface de la muqueuse intestinale, dans une partie où les cryptes vi-

sibles sont très nombreuses, soit dans l'état sain, soit par cause pathologique, l'on trouve toujours des cryptes à différents degrès de tuméfaction, depuis celles qui ne sont visibles qu'à la loupe jusqu'à celles qui ont le volume d'un grain de chenevis.

Dès que ses organes glanduleux ont ainsi acquis un développement insolite, on croirait à l'aspect qu'elle présente que la muqueuse serait couverte d'une éruption miliaire; lorsque c'est sur toutes les cryptes d'un point donné que l'augmentation de volume se produit, il en résulte la production de plaques en relief à la surface de la muqueuse intestinale.

De l'origine et du siège ordinaire des plaques crypteuses.

1937. Les plaques crypteuses sont dues à la confluence de toutes les cryptes d'un point circonscrit, tuméfiées en même temps. On ne les observe que sur les parties du tube digestif où les follicules mucipares soit simples, soit composés, sont confluents, ou peuvent le devenir par leur tuméfaction; nous avons vu des plaques à la portion pylorique de l'estomac sur tout son pourtour et dans le duodénum; dans l'iléon, elles occupent la demi-circonférence du canal intestinal opposée au mésentère, à un degré d'autant plus prononcé qu'on se rapproche davantage du cœcum. La forme des plaques crypteuses intestinales est ordinairement oblongue, ovalaire; la tuméfaction des follicules qui les constituent rend les orifices crypteux très évidents, soulève et tuméfie la membrane muqueuse, déploie les villosités et fait ainsi disparaître les valvules conniventes qui s'interrompent sur leur trajet.

Les plaques crypteuses indiquent toujours un état morbide.

1938. Quelque peu saillantes que soient les plaques crypteuses intestinales, elles n'appartiennent jamais, comme le pensait Peyer (1934), à l'état normal; dans le plus grand nombre des cadavres, on n'en rencontre point, et lorsqu'on en trouve, elles n'ont rien de constant, ni par leur nombre, ni par leur étendue, ni par leur siège précis. Dans tous ces cas aussi on reconnaît de très grandes différences pour le degré

d'altération, dans les différentes plaques comparées les unes aux autres. Toutes ces différences sont exclusives de l'état normal des organes : une disposition physiologique n'est jamais ainsi incertaine et variable. Nous considérons donc comme une erreur commise par Peyer, et toujours reproduite depuis lui, de faire entrer dans la description des follicules intestinaux à l'état normal la disposition par plaques ; cette disposition n'est que l'effet du développement anomal de follicules immédiatement contigus, dans un espace déterminé, au milieu d'une couche de follicules également rapprochés qui s'étend fort loin des limites de ces plaques, et qui peut être aisément reconnue par une dissection convenablement dirigée.

De l'état normal des produits de la sécrétion crypteuse dans le tube digestif.

1939. Les cryptes gastro-intestinales sont les organes producteurs des fluides déposés sur la membrane interne du tube digestif ; la présence de ces produits de sécrétion est liée à l'état de la membrane muqueuse ; les altérations que cette membrane peut présenter sur les cadavres se trouvent réunies à des modifications dans l'état et la quantité de ces fluides. Il importe, par conséquent, de déterminer dans quelles conditions ils se trouvent à l'état normal.

Dès l'année 1692, Viridet[1] avait séparé dans les fluides sécrétés dans l'estomac, le suc gastrique du mucus gastrique. Le premier de ces fluides est aqueux, ténu et se trouve versé en plus grande quantité dans la cavité de l'estomac lorsque la stimulation est opérée sur les parois de ce viscère par la présence des aliments. Depuis cette époque, les fluides de l'estomac, par l'intermédiaire desquels les fonctions de ce viscère s'accomplissent, ont beaucoup occupé les physiologistes. Il est maintenant bien établi, surtout depuis les expériences de MM. Tiedemann et Gmélin[2], que la sécrétion du suc gastrique dans l'es-

[1] *Tract. novus med. physio. de prima coctione præcipueque de vent. fermento.* Genève, 1692.

[1] *Recherches expérimentales physiologiques et chimiques sur la digestion*

tomac ne se fait qu'en petite proportion, si même elle se fait, quand l'estomac est vide, et n'est soumis à aucune stimulation directe; ce fluide est alors neutre ou au moins n'est que très faiblement acide. Lorsque l'estomac est directement stimulé, le suc gastrique est à l'instant versé en grande quantité dans la cavité de ce viscère et présente une acidité très prononcée. Les chimistes ne sont point d'accord sur la nature de l'acide du suc gastrique : d'après Proust, ce serait de l'acide muriatique libre; MM. Tiedemann et Gmélin sont arrivés aussi, mais par d'autres procédés chimiques, à reconnaître dans ce liquide la présence de l'acide hydrochlorique. M. Chevreul avait constaté la présence de l'acide lactique dans le suc gastrique du chien; MM. Tiedemann et Gmélin ont obtenu les mêmes résultats, seulement ils appellent l'acide qu'ils ont trouvé acide acétique, parce qu'ils adoptent l'opinion de M. Berzélius, qui confond l'acide lactique et l'acide acétique. Ces chimistes ont fait leurs recherches sur du suc gastrique d'animaux; mais il y a longtemps que Graves a constaté la présence de l'acide lactique ou acétique dans le liquide vomi par une femme affectée d'épilepsie [1].

La divergence des opinions des chimistes sur la nature de l'acide du suc gastrique peut bien provenir de ce qu'ils n'ont pas fait leurs expériences dans des conditions identiques; elle démontre cependant la réalité de la qualité acide du suc gastrique. Cette qualité acide ne peut être révoquée en doute par tous les médecins qui ont tenu compte de la saveur acide constante des fluides rejetés de la cavité de l'estomac dans tous les cas de vomissements provoqués chez des personnes dout l'estomac est à l'état sain. Le médecin doit attacher beaucoup d'importance à ce résultat gé-

*considérées dans les quatre classes d'animaux vertébrés*, par F. Tiedemann et Leop. Gmelin ; traduit par Jourdan. Paris, 1826.

[1] *Trans. of the associat. of fellows and licentiates of Coll. of phys. in Ireland.* Dublin, 1804, vol. IV, n° 30.

néral des recherches physiologiques éclairées par la chimie, parce qu'il est des conditions pathologiques dans lesquelles il est certain qu'il se forme dans l'estomac des acides assez puissants pour exercer une action évidente sur les parois du tube digestif. On a trouvé aussi dans le suc gastrique du chlorure de sodium, de l'hydrochlorate d'ammoniaque et peut-être encore d'autres sels.

1940. La membrane muqueuse des intestins est aussi le siége d'une sécrétion de fluides dans lesquels se trouve une partie aqueuse et une partie muqueuse plastique. Il est impossible de recueillir à l'état de pureté ces produits de sécrétion, et l'on ne peut, par conséquent, les soumettre isolément à une analyse chimique exacte; ils sont mêlés aux fluides qui viennent de l'estomac et aux produits de la sécrétion du pancréas et du foie; on ne peut que constater les qualités de tous les liquides réunis qui se trouvent dans le tube digestif. Au dessous de l'estomac, au commencement du tube digestif, le fluide recueilli dans l'intestin est encore très acide; mais cette acidité va en diminuant à mesure que l'on descend dans le tube digestif, au point que le liquide qui se trouve à la fin de l'iléon est neutre.

Les liquides descendus de l'estomac avec le chyme pénétré de suc gastrique, perdent ainsi leurs qualités acides sans qu'il soit possible d'attribuer cette modification au mélange avec la bile, puisque d'après les expériences de Brodie et celles de Tiedemann et Gmélin, cette modification s'opère encore lorsque l'arrivée de la bile dans le tube digestif est empêchée par la ligature du canal cholédoque.

1941. La sécrétion crypteuse dépose, sur toute la surface gastro-intestinale, un mucus demi-liquide, visqueux, qui rend la membrane muqueuse humide et glissante sous les doigts, sans jamais cependant former à sa surface une couche muqueuse continue, d'une certaine solidité, ayant une notable adhérence avec la surface adjacente. Cette ma-

tière muqueuse contient une grande quantité d'albumine et des sels alcalins.

La couche de mucus qui enduit la surface muqueuse gastro-intestinale, n'est évidente dans l'estomac qu'à un pouce environ au dessous de l'orifice œsophagien; très mince dans ce point, elle devient plus prononcée à mesure qu'on avance vers le pylore; elle est considérable dans le grand cul-de-sac et sur toute la paroi inférieure et postérieure de l'estomac, qui sont les parties les plus déclives de la cavité de cet organe. L'épaisseur de la couche muqueuse et la quantité du mucus augmentent dans les intestins à meure qu'on s'éloigne de l'estomac. C'est dans la dernière moitié de l'iléon, et surtout vers le cœcum que la quantité de mucus est la plus considérable; dans le colon, elle est déjà si peu prononcée, qu'on ne peut constater sa présence qu'en passant le doigt sur la surface de la membrane muqueuse, ou qu'en grattant cette membrane avec le dos d'un scalpel.

La couche muqueuse gastro-intestinale est ordinairement colorée en jaune par la bile; dans le collet du pylore et dans le duodénum, elle est d'un jaune clair; dans le reste des intestins grêles elle est d'un jaune pâle; dans le cœcum elle est d'un jaune grisâtre.

**Des liquides gazeux et vaporeux du tube digestif et des effets physiques de leur présence.**

1942. Le tube digestif contient, outre les substances plus ou moins solides ou fluides qui proviennent des matières ingérées et qui ont été altérées par la digestion, indépendamment du suc gastrique et du mucus, une certaine quantité de liquide aqueux à l'état de vapeur et des gaz; on le constate aisément par des expériences sur les animaux ou dans les plaies pénétrantes du tube digestif opérées chez l'homme par accident et pour des nécessités chirurgicales. C'est à la quantité et au degré de tension de ces fluides vaporeux et gazeux qu'est due la distension du tube digestif et médiatement des parois abdominales. L'expansion de ces fluides fait équilibre à l'effet de la rétractilité

normale des parois intestinales et abdominales. Dans l'accomplissement physiologique des fonctions digestives, la quantité de ces fluides gazeux augmente ou leur tension devient plus grande, c'est là la cause de la distension et de la rénitence que le ventre acquiert toujours à un certain degré pendant la digestion. Là se trouve aussi l'origine des divers degrés de rétraction, de distension ou de rénitence que le ventre peut présenter par suite de différents états morbides.

Nécessité de tenir compte des changements qui s'opèrent après la mort dans le tube digestif.

1943. Le médecin qui veut rechercher sur les cadavres les lésions qui peuvent se ratacher aux maladies dans lesquelles le tube digestif est affecté, doit tenir compte des altérations qui surviennent dans l'appareil alimentaire par les changements qui se font au moment et par suite de la mort. Il suffit de réfléchir à la multiplicité des conditions qui peuvent faire varier les affinités moléculaires et les effets de ces affinités pour concevoir combien sont nombreuses et variables les modifications qui peuvent arriver dans les solides et les liquides, et dans les parties contenantes et contenues de l'appareil gastro-intestinal aux derniers instants de la vie, et lorsque la mort a fait passer les molécules constituantes des liquides et des solides sous l'influence des actions et des réactions chimiques.

Des changements que subit la couleur de la muqueuse gastro-intestinale après la mort.

1944. Lorsque la membrane muqueuse gastro-intestinale d'un chien se trouve au moment de la mort avec la coloration rosée qui se rapporte à l'accomplissement de la digestion (1929), si on l'abandonne à l'air libre après qu'on l'a débarrassée, par la percussion d'un filet d'eau, de la couche de mucus visqueux qui la revêt, elle devient, en moins d'une demi-heure, d'une teinte rougeâtre livide; il suffit ensuite de quelques heures, pendant lesquelles les intestins sont abandonnés dans la cavité abdominale, pour que cette coloration passe au brun violâtre.

Si l'on tue deux chiens pendant le travail de la digestion

et qu'on s'assure par la dissection immédiatement pratiquée de l'état du tube digestif sur un de ces animaux, pendant qu'on abandonne le cadavre de l'autre sans l'examiner, on constate que la teinte rouge de la muqueuse gastro-intestinale qui existait au moment de la mort, a pris une coloration livide et brunâtre au bout de vingt-quatre heures; cette même coloration se remarque sur la membrane muqueuse gastro-intestinale du deuxième cadavre que l'on avait laissé intact; l'on trouve de plus sur la muqueuse gastro-intestinale de l'un et l'autre animal des taches ou des marbrures rouges, ponctuées ou striées, avec une injection capillaire prononcée dans les vaisseaux adjacents. Ces altérations sont constantes, mais elles varient dans de très larges limites quant à leur étendue et au degré auquel elles existent; elles sont encore plus marquées si l'on ne dissèque les cadavres d'animaux tués dans les mêmes conditions, qu'au bout de deux ou trois jours.

La condition que l'animal périsse pendant la digestion est favorable à la production des modifications que nous signalons dans le tube digestif; toutefois elle n'est pas indispensable. Nous avons constaté les mêmes altérations sur des cadavres de chiens sacrifiés, l'estomac étant vide, soit par strangulation, soit par la section de la carotide, soit par la section du bulbe rachidien. Dans tous ces cas nous avons reconnu qu'un certain temps écoulé depuis la mort, comme quinze à vingt heures au moins, est la condition indispensable pour produire ces altérations.

1945. Sur les cadavres d'hommes qui succombent aux maladies les plus diverses; on peut s'assurer, en examinant plusieurs fois, par intervalles, la muqueuse gastro-intestinale, qu'il s'opère également des changements importants dans cette membrane après la mort. A une époque encore peu éloignée de la cessation de la vie, comme douze à quinze heures, la membrane muqueuse gastro-intestinale peut ne rien présenter d'anomal au premier examen; au deuxième,

fait six à huit heures après, elle sera déjà teinte d'une couleur rougeâtre, quelquefois uniforme et mal circonscrite, d'autrefois circonscrite sous l'aspect de taches plus ou moins multipliées et ponctuées, ou sous celui de marbrures d'une plus ou moins grande irrégularité. A une époque plus éloignée encore de l'instant de la mort comme au bout de vingt-quatre heures, les portions de la muqueuse gastro-intestinale qui étaient rouges six ou huit heures avant, sont devenues brunâtres et se sont couvertes de taches ponctuées, de véritables ecchymoses plus ou moins irrégulières dans leurs formes. Des portions du tube digestif trouvées, à un premier examen, dans un véritable état d'anémie se montrent plus tard avec leurs vaisseaux très injectés et très gorgés de sang rouge, brun ou violâtre.

Il n'y a rien de constant dans tous ces changements de couleur de la muqueuse du tube digestif : ce sont des taches, des marbrures de couleur rose, brune, rouge, violâtre, limitées ou non limitées; d'autrefois rien de semblable ne survient. Sur le même tube digestif, ces altérations se produisent dans un point et nullement dans le point voisin, sans qu'on puisse connaître la cause de cette différence entre des parties placées en apparence dans les mêmes conditions. La seule circonstance qui nous ait semblé avoir quelque rapport de cause immédiate avec la production de ces changements, c'est l'état de congestion du mésentère; en le produisant à dessein par une manœuvre très facile, qui consiste à refouler vers une anse intestinale le sang qui reste dans les vaisseaux mésentériques, on peut produire instantanément des taches ou des marbrures circonscrites de la muqueuse intestinale. On peut aussi circonscrire des extravasations sanguines sous la forme de taches ecchymosées dans le tissu cellulaire sous-muqueux ou dans la trame ténue de la muqueuse elle-même en retenant avec une ligature le sang accumulé dans les vaisseaux du mésentère et d'une portion de l'in-

testin; on produit ordinairement ces effets en quelques heures.

Les membranes muqueuses peuvent devenir tout comme la peau, après la mort, le siége de suffusions sanguines. Il importe de tenir grand compte de ces suffusions sanguines qui surviennent dans la membrane muqueuse du tube digestif dans les derniers instants de la vie ou après la mort; elles sont très communes sur les cadavres de ceux qui ont succombé avec des fièvres graves, et elles ne doivent pas être confondues avec des traces d'inflammation. Il y a plus de deux siècles que Cris. Guarinoni a insisté sur la nécessité de faire cette distinction[1]; on doit être surpris qu'elle n'ait pas été faite dans la plupart des observations nombreuses, qui ont été publiées, depuis vingt ans, à l'appui de la doctrine qui rapporte toutes les fièvres dyspepsiques à des phlegmasies gastro-intestinales.

Du ramollissement de la membrane muqueuse gastro-intestinale qui survient après la mort.

1946. La structure de la membrane muqueuse gastro-intestinale peut subir des changements profonds par le seul effet des affinités moléculaires qui agissent après la cessation de la vie; on peut s'en assurer par l'expérience suivante :

Le tube digestif a été ouvert avec précaution pour constater que sa membrane muqueuse est à l'état sain, on ne le débarrasse point des matières qui peuvent se trouver à sa surface interne, les incisions sont cousues avec soin, et les intestins sont laissés dans l'abdomen. La membrane muqueuse, remise de nouveau à découvert au bout d'un certain temps, se trouve ramollie à un degré plus ou moins prononcé, et le ramollissement peut même s'étendre à la tunique musculaire de l'intestin. La muqueuse, ainsi altérée, est d'un blanc grisâtre ou rougeâtre; elle se réduit sous la pression de l'ongle en une pulpe gélatineuse. Ce ramollissement occupe constamment les points les plus déclives du tube digestif, le cadavre étant couché : ainsi on le trouve surtout au grand cul-de-sac de l'estomac, sur

[1] *Consil. medi.*, lib. II. cap. XI. Venetiis, 1610.

la paroi postérieure et inférieure de ce viscère, et dans les replis profonds des circonvolutions intestinales. Quand la membrane moyenne participe au ramollissement, son tissu musculaire est d'un gris violâtre; il est sans aucune consistance et s'écrase sous les doigts avec la plus grande facilité. La muqueuse ramollie, ressemble exactement à une pulpe demi-gélatineuse, d'un blanc grisâtre ou rougeâtre dans l'estomac, et légèrement jaune dans les intestins grêles, probablement à cause de la bile qui la colore. La surface intestinale, dans les lieux où la muqueuse est ramollie, présente des marbrures rougeâtres ou brunâtres, sur lesquelles le ramollissement n'est ni plus ni moins prononcé que dans leurs intervalles. Les vaisseaux artériels et veineux de la partie ramollie sont devenus noirs comme s'ils étaient injectés avec de la suie; ils conservent une plus grande solidité que le tissu qu'ils traversent, car lorsqu'on malaxe ce tissu dans l'eau, ils s'en détachent comme des filaments noirâtres; toutefois ils se rompent avec une extrême facilité.

Le ramollissement intestinal qui survient ainsi après la mort, arrive au bout d'un temps très variable, probablement modifié dans sa durée par toutes les circonstances thermométriques et hygrométriques qui peuvent accélérer ou retarder la putréfaction, ordinairement très évidente lorsque l'on trouve ainsi des portions du tube digestif ramollies. La putréfaction dans ces cas se reconnaît à l'odeur fétide des tissus, à leur mollesse et à la présence de l'emphysème spontané qui disjoint les membranes superposées. Le ramollissement se manifeste toujours d'abord à la muqueuse de l'estomac, sur laquelle on peut ordinairement le constater au bout de deux à trois jours; il se montre ordinairement le lendemain aux intestins grêles; ce n'est guère qu'au bout de six à sept jours qu'il est évident sur la muqueuse des gros intestins.

Les colorations rougeâtres ou brunâtres qui surviennent

dans la muqueuse gastro-intestinale au moment de la mort, ou peu après la fin de la vie, augmentent l'aptitude au ramollissement dans le tissu de la membrane muqueuse; on n'en peut douter quand on reconnaît que, bien que le ramollissement de la membrane muqueuse ne soit pas borné aux limites des taches ou des marbrures rouges livides, il est toujours plus prononcé sur elles que sur les parties voisines.

Des causes immédiates des altérations qui surviennent après la mort dans le tube digestif.

1947. On voit par ces observations nécroscopiques que la membrane muqueuse gastro-intestinale éprouve, après la cessation de la vie, deux modes d'altération : des colorations anomales et un ramollissement prononcé. Les colorations anomales sont l'effet nécessaire des changements qui se produisent dans les rapports du sang liquide ou coagulé avec les vaisseaux ou avec les mailles de la trame de la membrane muqueuse; les ramollissements proviennent peut-être aussi de la même cause, mais ils dépendent surtout du commencement de travail de liquéfaction qui dissocie et sépare les molécules des tissus maintenues réunies pendant la vie, et qui rentrent après la mort sous l'empire des lois physiques. La production de ces altérations semble exiger qu'un certain temps se soit écoulé depuis la mort.

Il est évident que toutes les conditions qui occasionnent et modifient les changements qui se produisent dans la membrane muqueuse gastro-intestinale aux divers moments qui suivent la cessation de la vie, doivent être très nombreuses : la température du cadavre et du milieu où il se trouve, les qualités et la nature des gaz et des fluides contenus dans le tube digestif, l'état du sang des vaisseaux entéro-mésentériques; les lésions morbides de ces divers organes qui peuvent agir, soit mécaniquement, soit par des changements de structure sur la répartition des fluides au moment de la mort ou un certain temps après; enfin le degré de la putréfaction, le contact de l'air ou des milieux

ambiants sur la muqueuse gastro-intestinale, etc. Nous n'avons point à déterminer ici tous les modes d'influence de toutes ces causes, il suffit qu'elles se retrouvent dans les cas où des traces de lésions morbides doivent être recherchées dans le tube digestif, et par conséquent sur les cadavres de ceux qui ont succombé avec des maladies dyspepsiques, pour que nous sachions quelle valeur il faut attribuer aux altérations plus ou moins étendues de coloration, de congestion sanguine et de densité, que l'on trouve sur la muqueuse gastro-intestinale des cadavres.

§ II. *Des altérations des organes dans les dyspepsies muqueuses ou nidoreuses, ou dans les états saburrhaux, ou les embarras gastriques et intestinaux muqueux et bilieux des auteurs.*

1948. Les dyspepsies nidoreuses compliquent un grand nombre de maladies aiguës, qui sont quelquefois mortelles; elles se compliquent quelquefois elles-mêmes d'affections qui se terminent par la mort; elles sont assez fréquentes chez des sujets qui doivent à l'épuisement occasionné par des maladies antérieures, par des infirmités ou par l'âge, de si fâcheuses conditions de santé qu'ils succombent aux états morbides les moins graves. Ces diverses circonstances mettent les médecins qui voient beaucoup de malades, surtout dans les hôpitaux, à même de pouvoir étudier assez fréquemment sur les cadavres les altérations des organes qui se rattachent aux maladies que nous comprenons sous le nom de dyspepsies muqueuses et que les auteurs ont décrites sous les noms d'embarras gastro-intestinaux et d'états saburrhaux.

Du liquide contenu dans le tube digestif sur des cadavres après les dyspepsies muqueuses.

1949. Lorsqu'une personne a succombé avec une dyspepsie nidoreuse, l'on trouve constamment dans le tube digestif une quantité plus ou moins grande de liquide trouble, visqueux, tantôt grisâtre, tantôt jaunâtre, dans lequel se remarquent des flocons de mucus le plus souvent coloré en jaune, parfois en jaune verdâtre. Ce fluide est quelquefois en assez grande quantité pour tenir le canal

digestif dans un état de demi-réplétion; il n'occupe pas toujours, au moins en quantité partout également considérable, toute la longueur du tube digestif; ce n'est même que dans les cas exceptionnels qu'il en remplit la plus grande partie; il est rare que l'estomac contienne une grande quantité de ce liquide, qui se trouve au contraire fréquemment avec assez d'abondance dans le duodénum et le jéjunum; dans quelques cas, il remplit en même temps tous les intestins grêles, du pylore au cœcum; il est plus ordinaire de le trouver seulement dans l'iléon. Nous avons vu plusieurs fois le colon distendu par ce liquide, soit qu'il y en eut en même temps dans l'iléon, soit que cette portion du tube digestif n'en contînt que la quantité peu considérable qui s'y trouve à l'état normal.

1950. La substance liquide épanchée en quantité insolite dans le tube digestif, est mélangée en proportion variable aux matières versées dans cet appareil par d'autres organes que les cryptes mucipares. Dans l'estomac, on la rencontre mélangée à du chyme et à de la bile jaune ou verte; dans le duodénum, et quelquefois jusqu'au delà de la moitié de la longueur totale des intestins grêles, une teinte jaune verdâtre de ce fluide muqueux indique le mélange avec la bile. Le plus souvent, à mesure que l'on s'approche de la valvule iléo-cœcale, le fluide déposé dans l'intestin contient une plus grande quantité de matières jaunâtres, pultacées, mêlées par grumeaux ou comme une crême demi-liquide à des flocons de mucus; dans les gros intestins il est toujours mêlé à des grumeaux de fèces.

Présence d'une couche visqueuse sur la surface gastro-intestinale après les dyspepsies nidoreuses.

1951. Le liquide qui se trouve dans les intestins après les dyspepsies nidoreuses, laisse à nu, quand on le fait écouler par l'incision des parois du tube digestif, une couche de mucus plus ou moins visqueux, adhérente aux parois intestinales, comme de la glu étendue à leur surface. Cette couche s'enlève ordinairement avec facilité par la percussion d'un filet d'eau; son adhérence est variable

comme sa viscosité; il n'est pas très rare qu'elle ait une solidité et une adhésion si grande qu'elle ressemble, jusqu'à un certain point, à une couche pseudo-membraneuse d'un blanc grisâtre ou jaunâtre. Le plus ordinairement cependant cette couche visqueuse n'offre qu'une faible adhérence; on peut se faire une idée exacte de sa viscosité en la comparant à une couche de blanc d'œuf étendue sur la muqueuse; souvent elle a exactement l'aspect du mucus expectoré dans la bronchite chronique. Sur les parois de l'estomac, la viscosité de la couche muqueuse et son adhérence à la membrane adjacente sont plus considérables que sur toutes les autres parties du tube digestif; on en peut juger par les cas dans lesquels la lésion morbide occupe à la fois la muqueuse gastrique et la surface intestinale.

Des concrétions de mucus d'apparence pseudo-membraneuse dans les dyspepsies nidoreuses.

1952. Le mucus déposé et comme agglutiné sur la surface de la muqueuse gastro-intestinale acquiert quelquefois une assez grande densité pour former des concrétions d'apparence pseudo-membraneuse, qui sont excrétées avec les selles, et que l'on rencontre dans les intestins après la mort. Ces concrétions muqueuses sont le plus souvent moulées sur la surface interne de l'intestin et ont la forme tubuleuse; on les trouve à cet état, enveloppant comme un fourreau des matières fécales, et quelquefois même des matières mêlées de mucus et de bile, qui sont, comme elles, le produit de la sécrétion morbide gastro-intestinale. Ces concrétions ne présentent jamais la moindre trace d'organisation qui autorise à les comparer, autrement que par l'apparence, aux concrétions pseudo-membraneuses organisables qui se forment sur les séreuses enflammées. Quelquefois la matière muqueuse ainsi à demi-coagulée est rendue sous la forme de masses globuleuses plus ou moins denses, ressemblant à des masses d'albumine demi-coagulée : elle se rencontre aussi en cet état dans le tube digestif des cadavres.

1953. C'est particulièrement dans les dyspepsies nidoreuses prolongées et chroniques que les produits altérés de la sécrétion muqueuse se montrent sous ces différents aspects; ils sont l'indice d'une diacrise, puisqu'ils sont nécessairement le produit d'une sécrétion altérée des cryptes mucipares de l'intestin. Il est cependant vrai que ces matières muqueuses se produisent aussi dans les phlegmasies intestinales réelles, parce que le propre de l'inflammation, au moins à un certain degré, est de déterminer des excrétions de fluides coagulables; mais dans ces cas les excrétions de ces matières concrètes se joignent aux symptômes de la phlegmasie, et leur présence sur les cadavres se trouve avec les altérations inflammatoires évidentes de la muqueuse gastro-intestinale [1].

Cette apparence membraniforme de la matière sécrétée par les intestins se rencontre fréquemment dans les produits des évacuations alvines de ceux chez lesquels la dyspepsie nidoreuse a pris la forme de diarrhée saburrhale (1718); elle se trouve aussi, et même c'est plus habituellement dans ces cas qu'elle s'observe, dans les matières alvines excrétées par ceux qui ont cette dyspepsie chronique, si commune chez les enfants, que l'on appelle lienterie (1818).

1954. L'observation sur la maladie de Lipsius, que le biographe de J. Heurnius a recueillie, offre un exemple remarquable de ces excrétions de matières muqueuses coagulables et moulées sur la surface intestinale dans une dyspepsie chronique fébrile [2].

Finke en a aussi rapporté un exemple remarquable, recueilli sur une personne qui eut deux fois la fièvre bi-

[1] Nous avons rapporté plusieurs exemples de cette forme des phlegmasies de la membrane muqueuse gastro-intestinale dans notre *Histoire anatomique des inflammations*, t. I, p. 631. On peut consulter sur ces produits des phlegmasies gastro-intestinales, la XXXI[e] lettre de Morgagni.

[2] *In vita Joh. Heurnii ante ejusdem op. omnia*, p. 6.

lieuse, et éprouva trois récidives. Ce malade rendait tous les jours une grande quantité de matière comme vitrée. Finke fait suivre l'exposé de ce fait de la description suivante de ces sortes de produits de la dyspepsie muqueuse : « C'est une matière tout à fait semblable à l'albumine de » l'œuf, ou encore à la glu de guy de chêne; elle est » blanche, translucide, élastique; elle se coagule en » masses du volume d'œufs de pigeon et même plus gran- » des; elle est à peine soluble dans le vinaigre; elle roule » sur le sol comme une masse globuleuse; elle adhère » étroitement aux intestins »[1].

Nous avons eu plusieurs fois l'occasion de constater sur le cadavre cette altération du mucus excrété dans le tube digestif. L'un des exemples les plus remarquables que nous en ayons rencontrés, est celui qui nous a été fourni par une jeune femme qui succomba à une carie de la symphyse sacro-iliaque survenue après l'accouchement. Pendant les cinq dernières semaines de la maladie, qui dura trois mois, la chute des forces fut précipitée par un état saburrhal gastro-intestinal diarrhéique, dont les symptômes dominants étaient une anorexie complète, des douleurs tormineuses obtuses et des borborygmes presque continus, un sentiment de tension et de douleur gravative dans les flancs, et des selles comme pultacées dans lesquelles se trouvaient des masses glaireuses considérables. La dissection du tube digestif nous fit reconnaître sur presque toute la longueur du colon, dans le cœcum et dans la fin de l'iléon, une couche de mucus demi-coagulé, comme couenneux, invisquant la membrane muqueuse intestinale, et ne s'en séparant que par le frottement du dos du scalpel. Cette couche muqueuse formait dans quelques parties un fourreau complet, doublant dans toute sa circonférence le tube intestinal; dans d'autres, elle ne tapissait qu'une partie de la circonférence du tube digestif; dans d'autres, elle ne for-

[1] In lib. cit. *De feb. bili. anom.*, p. 33.

mait qu'une bande à bords irréguliers sur la muqueuse. Cette matière concrète était loin d'adhérer également dans toute son étendue; dans quelques parties elle n'était que faiblement agglutinée à la muqueuse et se détachait sous la percussion de l'eau que l'on versait à sa surface; dans quelques autres, elle était tout à fait détachée et de la matière fécale plus ou moins mêlée de mucus était interposée entre elle et la membrane interne du tube digestif. La tunique muqueuse sur la surface de laquelle s'était déposée cette couche de mucus plastique ne présentait d'autres altérations évidentes que le développement anomal d'une partie de ses cryptes mucipares, tuméfiées au point de former comme des grains épars et disséminés, les uns comme sphériques, les autres lenticulaires; tous étaient marqués par un point grisâtre à leur centre. Sur un assez grand nombre on remarquait comme une strie de matière noire qui donnait à la muqueuse un aspect tacheté. Cette matière noire s'était épanchée dans la couche muqueuse plastique, adhérente dans un grand nombre de points, et s'enlevait avec elle. Lorsqu'on essuyait avec un linge la surface de la membrane muqueuse, on recueillait quelques parcelles de cette matière noire qui tachait le linge. Dans une grande partie de la tunique muqueuse, même dans des points où la couche muqueuse était assez étroitement adhérente, les cryptes mucipares tuméfiées n'étaient point apparentes ; on ne pouvait constater leur présence que par les points noirs qui se voyaient sur la surface de la membrane muqueuse intestinale. Ces points, qui indiquaient les orifices d'excrétion des cryptes, semblaient comme déprimés.

Présence et siège des vers dans le tube digestif au milieu des produits de la sécrétion altérée.

1955. Des vers lombrics se trouvent assez souvent dans le mucus altéré, épanché dans le tube digestif; leur siège le plus ordinaire au milieu de la couche muqueuse qui invisque les parois de l'appareil gastro-intestinal est dans le jéjunum ou l'iléon; il n'est pas rare d'en rencontrer

sur les cadavres dans l'estomac, quelquefois même dans l'œsophage; les gros intestins en contiennent aussi dans quelques cas; il arrive assez souvent qu'on en reconnait dans toutes ces parties à la fois. C'est surtout après les dyspepsies qui ont présenté les symptômes de l'état saburrhal muqueux que ces vers se rencontrent; ils s'observent plus rarement après les dyspepsies qui ont offert les symptômes tranchés de l'embarras gastrique bilieux (1713).

Des altérations des cryptes mucipares gastro-intestinales dans les dyspepsies nidoreuses.

1956. La membrane muqueuse gastro-intestinale dans les parties qui correspondent à la couche muqueuse déposée à sa surface, a ses cryptes mucipares développées; ce développement qui se reconnaît à une évidente tuméfaction des cryptes est très variable dans ses différents degrés : tantôt les cryptes ne se remarquent que par l'évidence plus facile à constater de leurs orifices excréteurs, et à l'apparence comme chagrinée que donnent à la muqueuse les petits corps crypteux logés dans son épaisseur, lesquels ont alors augmenté de volume; tantôt la tuméfaction des cryptes est telle que l'on distingue facilement leur corps de forme sphérique ou lenticulaire avec l'orifice excréteur marqué par un point noir sur chacun d'eux.

De l'état des cryptes isolées tuméfiées dans les dyspepsies nidoreuses.

1957. Les cryptes mucipares tuméfiées et développées se montrent à l'œil nu comme des grains sphériques ou lenticulaires d'un blanc mat ou d'un blanc rosé, d une demi-ligne au plus de diamètre. Ces grains n'ont pas tous le même aspect; les uns sont plongés dans l'épaisseur de la muqueuse de manière à ne se montrer que par le point grisâtre qui marque leur orifice excréteur, et tout au plus par un très petit segment de leur corps, apparent sous ce point grisâtre; les autres se dégagent de la muqueuse par une grande partie de leur corps, et dépassent son niveau, ayant l'aspect de grains de millet ou de chenevis, qui seraient comme collés sur la muqueuse par un tiers ou la moitié de leur circonférence. L'indice grisâtre du canal excréteur ne se voit plus aussi facilement, au moins sur la plupart

des granulations crypteuses qui ont cette dernière disposition ; on parvient cependant d'ordinaire à l'y rencontrer sur un des côtés du segment saillant qu'elles présentent. Une troisième forme de cryptes tuméfiées est celle qui se rapporte aux cryptes isolées, qui se montrent comme des grains de millet ou de chenevis, blancs, quelquefois noirs, souvent jaunâtres, d'autres fois grisâtres, adhérents à l'extrémité des villosités intestinales qui leur servent comme de pédicules. Ces grains crypteux qui ne doivent cette dernière disposition qu'au siège de la crypte dans les villosités, ne laissent apercevoir qu'avec grande peine et sous l'eau l'indice de leur orifice excréteur, qui est d'un gris pâle.

1958. Indépendamment des cryptes mucipares tuméfiées sous les formes que nous venons de décrire, la muqueuse intestinale présente aussi des cryptes agminées sous l'apparence de pustules et de plaques.

De l'état des cryptes composées tuméfiées dans des dyspepsies nidoreuses.

1959. Les cryptes agminées de forme pustuleuse se rencontrent quelquefois dans l'estomac autour du pylore, le plus fréquemment dans le duodénum, autour de l'orifice du cholédoque, mais habituellement dans le colon et le rectum. Ce sont des élevures de trois ou quatre millimètres de diamètre environ, faisant dans l'intestin un relief d'un millimètre, très nettement circonscrites, aplaties et même déprimées à leur centre comme des pustules varioliques, présentant en ce point une teinte grisâtre, indice d'un orifice excréteur central : sur un certain nombre, on peut aisément reconnaître sur ce point central grisâtre la réunion de trois, quatre, cinq ou six points grisâtres rapprochées et comme confluents ; il est évident que ces points sont les orifices d'autant de cryptes séparées, dont l'assemblage forme le petit organe complexe actuellement tuméfié. Le gonflement de ces cryptes complexes est suffisant pour qu'on puisse le percevoir aisément entre les doigts qui pressent la membrane muqueuse. Dans cette manœuvre, on fait

suinter de la petite tumeur crypteuse une goutelette de mucus évidemment déposé dans son épaisseur.

De la tuméfaction des cryptes confluentes dans les dyspepsies nidoreuses.

1960. Les plaques crypteuses résultent de la tuméfaction de cryptes mucipares contiguës et confluentes sur une portion de la muqueuse intestinale; elles se rencontrent dans les portions du tube digestif où les cryptes sont en plus grande quantité et sont confluentes (1938); c'est surtout dans le dernier tiers de l'intestin grêle. Toutefois, nous en avons vu dans le duodénum et dans l'estomac autour du pylore; Rœderer et Wagler en ont aussi observé sur ces régions dans l'épidémie de Gœttingue; mais, dans ces dernières parties du tube digestif, les plaques n'ont point le même relief et ne paraissent pas aussi serrées que sur la muqueuse de l'iléon. On ne rencontre jamais de plaques sur la muqueuse du rectum et du colon descendant, et si l'on en trouve quelquefois sur celle du colon ascendant, elles sont petites et mal dessinées.

Les plaques crypteuses se montrent sous la forme de plaques allongées, ovalaires, quelquefois rondes, plus ou moins mal circonscrites : leur diamètre varie de quelques millimètres à six ou huit centimètres. La muqueuse, à leur surface, paraît dépolie et comme gaufrée; elle a un épaississement manifeste par le léger relief de la plaque. La paroi intestinale sur ce point est moins diaphane que sur les parties environnantes; une multitude de points grisâtres sont disséminés et rapprochés sur la plaque. Il est le plus souvent très facile de reconnaître, surtout vers les bords des plaques, que ces points correspondent à l'extrême surface de cryptes sphériques tuméfiées, et rapprochées dans l'épaisseur de la membrane muqueuse. Les plaques crypteuses interrompent toujours les valvules conniventes sur leur trajet, et constamment aussi les villosités intestinales ont disparu et sont, pour ainsi dire, déplissées à leur surface.

Rapport de la

1961. La couche muqueuse qui revêt la surface de la tu-

nique interne gastro-intestinale (1952), adhère toujours davantage sur les parties de la tunique villeuse où se trouvent une grande quantité de cryptes développées, et surtout des plaques crypteuses. Il n'est pas rare de trouver dans cette couche muqueuse une matière noire disséminée par points, par stries, et correspondant aux cryptes tuméfiées et surtout aux plaques crypteuses (1954). Cette matière noire adhère presque toujours à un plus haut degré, que le mucus lui-même, sur la muqueuse aux orifices des cryptes principalement sur les plaques crypteuses; on le reconnaît en la voyant rester seule adhérente lorsqu'on déterge par l'action d'un jet d'eau la membrane villeuse de toute la couche muqueuse qui la revêt. La matière noire adhérente salit les doigts lorsqu'on les promène sur la muqueuse ou imprègne un linge que l'on presse sur la surface de l'intestin.

couche muqueuse gastro-intestinale avec les cryptes mucipares.

1962. Les cryptes mucipares tuméfiées se rencontrent quelquefois sous la forme de plaques seulement occupant le plus souvent le dernier tiers de l'iléon; plus fréquemment on ne trouve que des cryptes disséminées dans l'intestin grêle, et même dans l'estomac et les gros intestins. Dans la plupart des cas on trouve en même temps des plaques gaufrées et des cryptes tuméfiées, disséminées sous la forme de granulations, dans leurs intervalles; d'autres fois on ne trouve que des cryptes disséminées, sans plaques, même dans la fin des intestins grêles, tandis qu'il y a des plaques à la région pylorique de l'estomac et au commencement du duodénum. Enfin, il est des cas où l'on ne rencontre que des cryptes disséminées à la fin de l'estomac, à l'origine du duodénum ou dans le jéjunum, tandis qu'on ne voit que des plaques sans granulations crypteuses même dans le dernier tiers de l'iléon.

Siège des plaques crypteuses.

1963. Les altérations dyspepsiques des cryptes mucipares et les modifications de leurs produits de sécrétion se sont montrées à tous les degrés sur les malades de l'épidémie de Gœttingue que nous avons déjà citée pour exemple (1912):

Observations anatomo-pathologiques sur les cryptes gastro-intestinales.

on voyait prédominer dans toutes les formes de cette maladie tous les accidents de la dyspepsie muqueuse.

Un jeune médecin de notre temps, Billard, a publié en 1824 une observation, intéressante par l'exactitude de la description, sur les désordres reconnus dans le cadavre d'un enfant qui fut tué par une fracture du crâne arrivée pendant qu'il était affecté d'une dyspepsie muqueuse compliquée de vermination. « La membrane muqueuse de l'estomac était » ridée, rose, et couverte d'une couche épaisse de mu- » cosités. En la grattant, on déterminait à sa surface de » nombreux points rouges; l'estomac contenait du pain » et des pellicules de pommes cuites. » La coloration rosée de la muqueuse, comme la présence de la couche de mucosité, dépendaient ici de ce que la digestion se faisait au moment de la mort (1929). « L'espace pylori-vasculaire » était marqué d'un grand nombre de petites taches grises; » le duodénum et tout le reste de l'intestin grêle étaient le » siège, çà et là, d'une très légère injection ramiforme. Au » tiers inférieur de l'iléum, on rencontrait un peloton de » douze vers lombrics. Le gros intestin était sain. Le tube » intestinal contenait en grande quantité des matières » fluides jaunâtres, écumeuses et médiocrement odorantes. » à la fin du colon, les matières stercorales avaient une » consistance assez ferme. Dans toute l'étendue de la mem- » brane muqueuse on rencontrait un assez grand nombre de » cryptes mucipares. Ces cryptes étaient fort nombreuses » au duodénum, dont elles occupaient indifféremment les » valvules et leurs intervalles; elles avaient toutes la gros- » seur d'une tête d'épingle, et présentaient un orifice ex- » créteur assez visible; dans le jéjunum, elles devenaient » plus rares; mais à l'iléum elles reparaissaient en grand » nombre et se réunissaient par petits amas et par plaques. » Sept plaques mucipares, entre lesquelles se pressaient » d'une manière confuse des cryptes isolées, existaient » dans la région iléo-cœcale : le cœcum était couvert de

» ces cryptes; à la fin du colon transverse elles devenaient » plus rares, et n'existaient plus à l'S iliaque, ni au rec- » tum »[1].

1964. Les cryptes gastro-intestinales tuméfiées subissent, après l'ouverture du cadavre, des changements rapides auxquels il faut attribuer, au moins en partie, les différences extrêmes que présente la tuméfaction des cryptes sur les cadavres de ceux qui ont succombé avec des dyspepsies nidoreuses. Les cryptes disséminées, tuméfiées au plus haut degré, au moment de l'ouverture du cadavre, disparaissent souvent en quelques heures, au moins pour la plupart, et perdent toutes en grande partie leur volume, surtout si le tube digestif ouvert, reste plongé dans l'eau. Dans les cas où cette disparition ne se fait qu'incomplètement, les cryptes tuméfiées, blanches, jaunâtres ou nacrées, au moment de l'ouverture du cadavre, deviennent rougeâtres, en même temps que la muqueuse prend elle-même une teinte violâtre pâle, générale. Les cryptes composées tuméfiées, qui ont l'apparence de pustules (1939), ne disparaissent que bien rarement d'une manière complète. Les plaques crypteuses deviennent toujours moins évidentes à mesure que plus de temps s'est écoulé depuis l'ouverture du cadavre; cependant elles ne s'effacent jamais entièrement : elles prennent la teinte violâtre qui est uniformément répandue sur toute la muqueuse.

**Modifications des cryptes gastro intestinales tuméfiées qui surviennent après la mort.**

1965. La membrane muqueuse gastro-intestinale, dans les points où se trouve accumulée en plus grande quantité la matière muqueuse déposée à sa surface, se trouve sur les cadavres avec des modifications dans sa structure, variables dans de larges limites. Dans le plus grand nombre des cas, pour la partie du tube digestif située au dessous du pylore, et surtout pour celle qui appartient au jéjunum et à l'iléon, la membrane muqueuse, même lorsqu'elle est

**Modifications de structure de la muqueuse gastro-intestinale par suite de la présence de la couche muqueuse.**

[1] C. X. Billard, *de la membrane muqueuse gastro-intestinale*, obs. LXV, p. 426, in-8°. Paris, 1825.

parsemée de cryptes tuméfiées disséminées, agglomérées ou en plaques, ne présente aucune altération qu'on puisse constater dans la solidité de sa trame; les cas où elle est ramollie, sont tout à fait exceptionnels. Pour la membrane muqueuse duodénale, le ramollissement au contact de la couche muqueuse s'observe quelquefois; c'est sur la muqueuse de l'estomac qu'il se remarque le plus souvent; nous l'y avons trouvé dans presque tous les cas où la couche de mucus déposée était considérable, et où les cryptes mucipares tuméfiées étaient en grand nombre. Nous ne connaissons pas d'exemple de ramollissement de la muqueuse du gros intestin de la nature de celui dont nous parlons, non seulement après des affections dyspepsiques, mais même dans aucune condition pathologique.

Description du ramollissement de la muqueuse gastro-intestinale après les dyspepsies.

1966. Le ramollissement de la muqueuse gastro-intestinale, que nous avons souvent rencontré avec les autres altérations qui se rapportent à la présence des dyspepsies nidoreuses, consiste dans une perte de densité de la membrane muqueuse, reconnaissable au plus léger degré par la facilité avec laquelle cette membrane s'enlève avec l'ongle comme une pulpe d'un blanc ou d'un jaune grisâtre, et au plus haut degré par sa conversion en une couche gélatineuse d'un gris rosé ou d'un gris bleuâtre, si molle qu'elle ne semble plus être que la couche profonde de la nape de mucus visqueux étendue à sa surface. Ce ramollissement n'est limité à l'épaisseur de la membrane muqueuse que lorsqu'il est peu prononcé; s'il est porté à un certain degré, il s'étend à la couche musculaire adjacente qui se laisse alors entraîner avec la muqueuse qui la revêt, convertie avec elle en une pulpe gélatineuse d'un gris rougeâtre. Dans des cas exceptionnels pour l'intensité du ramollissement, toute l'épaisseur de l'intestin est ramollie, au point qu'il se rompt comme une couche gélatineuse demi-fluide lorsqu'on explore sur le cadavre sa surface externe. Les parois gastro-intestinales, réduites ainsi à l'état de ramollissement dif-

fluent, présentent, au milieu de la couche de matière mucoso-gélatineuse qu'elles forment, leurs vaisseaux à l'état de filaments ou de stries noires comme s'ils avaient été injectés avec de la suie. Ces vaisseaux ont conservé leur solidité et se détachent par traction de l'épaisseur de la couche mucoso-gélatineuse en laquelle toute la paroi gastro-intestinale se trouve convertie.

1967. Le ramollissement gastro-intestinal que nous venons de décrire occupe toujours les points les plus déclives de la portion du tube digestif affectée, relativement à la supination du cadavre. Ainsi, à l'estomac, son siège le plus fréquent, c'est sur la paroi postérieure et inférieure du grand cul-de-sac que cette altération se trouve; dans les intestins, c'est sur le segment postérieur des circonvolutions et sur le fond des replis intestinaux. Constamment l'on rencontre dans les parties du tube digestif où sont ces altérations une grande quantité de liquide, et sur les points ramollis, une couche de matière muqueuse épaisse; les limites supérieures du ramollissement correspondent toujours rigoureusement à la ligne qui détermine le niveau du liquide déposé dans l'appareil digestif.

1968. Le ramollissement des parois gastro-intestinales que nous rapportons à la dyspepsie muqueuse, a le même aspect que celui qui se produit le plus souvent d'une manière spontanée, un certain temps après la mort (1946); il consiste dans la même lésion essentielle des membranes du tube digestif; il n'en constitue pas moins une altération particulière, inhérente aux dyspepsies muqueuses : on le trouve, après ces dyspepsies, dans les parties déclives du tube digestif, où s'accumule le produit des sécrétions altérées de la membrane muqueuse; il est disposé de manière à se limiter exactement comme ce produit liquide; il se rencontre souvent à un très haut degré, à un moment auquel, dans toute autre circonstance que l'état de dyspepsie nidoreuse, le ramollissement spontané n'est pas encore

survenu. Ce ramollissement se rattache donc à des conditions inhérentes à la dyspepsie nidoreuse; il est d'ailleurs plus fréquemment observé après cette maladie qu'après toute autre, souvent sans se trouver réuni à aucune trace évidente de putréfaction.

Etat de la membrane muqueuse du tube digestif lorsque les cryptes mucipares sont altérées dans les dyspepsies.

1969. La membrane muqueuse gastro-intestinale, sur laquelle on reconnaît toutes les altérations qui se rapportent aux dyspepsies nidoreuses (1949 *et sqq.*), ne présente souvent ni rougeur ni injection vasculaire insolites. On rencontre quelquefois sur elle, dans les lieux où les altérations des cryptes sont les plus prononcées, ou dans ceux où se trouve seulement une couche de mucus altéré plus ou moins épaisse, ou enfin dans les points où cette membrane est tout à fait à l'état normal, des taches rouges et des congestions sanguines artérielles ou veineuses, tout comme on en voit dans les cas de maladies les plus variées et lorsque la mort ne pourrait être attribuée à une lésion gastro-intestinale (1945).

Coïncidence des traces de phlegmasie de la muqueuse gastro-intestinale avec les lésions dyspepsiques.

1970. Dans un assez grand nombre de cadavres de ceux qui ont succombé avec des dyspepsies nidoreuses, la membrane muqueuse présente sur les lieux où se montrent toutes les altérations dyspepsiques, de véritables traces de phlogose. Ce sont des marbrures rouges, pointillées ou striées, avec une injection rouge vermeille ou violâtre des capillaires de cette membrane ou du tissu cellulaire adjacent. La muqueuse, sur ces parties rouges, semble comme tuméfiée et déposée; elle se détache avec une grande facilité sous l'ongle en une pulpe rougeâtre. Ces traces incontestables de phlegmasie sont toujours, après les dyspepsies simples, d'une très petite étendue; elles n'ont le plus souvent que quelques millimètres carrés, rarement plusieurs centimètres; elles n'ont jamais une étendue et une importance comparables à celles des tuméfactions crypteuses (1956), du ramollissement de la membrane villeuse (1966) et des dépôts de mucus altéré (1954).

Fréquence des traces de phlegmasie gastro-intestinale après les maladies les plus diverses

1971. Les traces de phlogose plus ou moins circonscrites de quelques points de la muqueuse gastro-intestinale se trouvent presque sur tous les cadavres, de quelque manière que la mort soit survenue. Elles sont surtout communes dans le duodénum et la fin de l'iléon. La muqueuse de l'estomac ne nous semble, sous le rapport de la fréquence de la phlegmasie, devoir être placée qu'après celle des intestins grêles : c'est au contraire la membrane muqueuse gastrique qui se trouve le plus souvent ramollie.

Il est possible qu'après les dyspepsies nidoreuses on rencontre plus souvent qu'après d'autres affections des taches évidemment inflammatoires sur la muqueuse gastro-intestinale ; il n'y aurait à cela rien qui dût suprendre, puisque cette membrane a nécessairement été dans ces cas le siège d'une vive turgescence diacritique qui, en donnant une activité exagérée à la circulation de ses capillaires, a provoqué un état très voisin de l'inflammation (1615). Toutefois on conçoit qu'il est impossible de déterminer rigoureusement dans tous les cas la cause immédiate de ces taches érythémoïdes inflammatoires de la muqueuse digestive, qui se trouvent après le plus grand nombre des maladies aiguës, d'autant plus qu'elle doit nécessairement varier suivant une multitude de circonstances individuelles.

Etat des ganglions et des vaisseaux mésentériques sur les cadavres après les dyspepsies nidoreuses.

1972. Les ganglions lymphatiques du mésentère ne présentent jamais la moindre apparence de maladie après les dyspepsies nidoreuses, pas plus dans les parties du mésentère qui ne correspondent à aucune altération gastro-intestinale évidente, que dans celles qui se rapportent à des parties où les cryptes mucipares disséminées ou agminées sont au plus haut degré de tuméfaction.

Les vaisseaux mésentériques artériels et veineux sont souvent dans un état de congestion assez prononcé, principalement dans les parties qui se trouvent déclives, eu égard aux circonvolutions intestinales, pendant la supination. Cette congestion vasculaire est, dans beaucoup de maladies

où le tube digestif n'a été le siège d'aucun état morbide, plus prononcée qu'après les dyspepsies muqueuses; elle coïncide presque toujours avec les suffusions sanguines qui se trouvent si fréquemment par taches disséminées sur la membrane muqueuse intestinale après des maladies aiguës (1945).

Etat du foie et de la bile sur les cadavres après les dyspepsies nidoreuses.

1973. On rencontre souvent sur les cadavres, après les dyspepsies nidoreuses, dans l'appareil sécréteur de la bile, d'importantes modifications qui diffèrent suivant la forme que les dyspepsies nidoreuses ont eue. Dans les cas où la cavité du tube intestinal se trouve remplie d'une grande quantité de bile mélangée au mucus épanché en excès (1950), on trouve la vésicule du fiel et les canaux cholédoque et hépatique remplis de bile, d'un jaune foncé ou brunâtre, ou d'un brun verdâtre; de sorte que l'activité anomale de la sécrétion biliaire qui existait pendant la vie se décèle à la fois sur le cadavre, non seulement par la grande quantité de bile qui se trouve épanchée et mélangée avec les liquides déposés dans l'intestin, et surtout dans le duodénum, l'estomac et le jéjunum, mais encore par la grande quantité de ce liquide déposé dans les canaux sécréteurs du foie. Le tissu du foie a généralement dans ce cas une assez faible densité qui se remarque aussi dans la rate, mais qui n'est pas alors plus marquée que sur beaucoup de cadavres de sujets qui ont succombé avec des états morbides très différents. On sait dans quelles limites varie la solidité et même la coloration du tissu hépatique après la mort occasionnée par des maladies aigües. Dans le plus grand nombre des cas de dyspepsies nidoreuses, où l'exagération de la sécrétion biliaire a été évidente, le tissu hépatique a une couleur bronzée.

1974. Lorsque la dyspepsie muqueuse a été très intense et n'a présenté que les symptômes d'une diacrise des cryptes mucipares gastro-intestinales, sans la coïncidence de diacrise hépatique, qui fait spécialement appliquer à cette maladie la dénomination d'embarras gastrique bilieux,

le mucus qui remplit et invisque les parois de l'estomac et des intestins grêles (1949, 1932), est à peine coloré par la bile. La bile déposée dans la vésicule du fiel est d'un jaune pâle, quelquefois elle est presque blanche et à peine visqueuse. Les canaux cholédoque et hépatique ne contiennent qu'une très petite quantité de bile aussi d'un jaune pâle et comme aqueuse. Le tissu du foie a toujours peu de densité; il se trouve quelquefois tout aussi coloré et tout aussi pénétré de sang que dans les cas où la présence d'une grande quantité de bile de couleur foncée dans les voies d'excrétion annonce qu'il y avait diacrise hépatique prononcée.

1975. Il arrive assez fréquemment que l'on rencontre sur les cadavres de ceux qui succombent dans les conditions dont il s'agit, un état d'emphysème hépatique évidemment développé après la mort. Cet emphysème consiste dans la présence de bulles d'air sous la capsule de Glisson et dans les intervalles des granulations hépatiques. On distingue alors au travers de la capsule diaphane, soulevée par ces bulles d'air, les granulations hépatiques écartées et comme détachées, groupées autour des pédicules formés des ramifications des vaisseaux et des canaux excréteurs de la bile. C'est cet état granuleux du foie que Rœderer et Wagler rencontraient sur des cadavres de personnes mortes de la fièvre muqueuse et qu'ils ont fait dessiner dans leurs planches[1]. On peut toujours dans ces cas rendre cette altération du foie évidente, par une insufflation faite sous la capsule de Glisson, et en examinant sous l'eau les fragments du viscère déchiré.

De l'emphysème hépatique après les dyspepsies nidoreuses

Cet état granuleux de la glande hépatique dépend de circonstances accidentelles, c'est l'effet de la disgrégation par la putréfaction des grains et des lobules de cet organe; nous l'avons trouvé après d'autres maladies aiguës, sans lésion abdominale évidente, toutefois il nous semble qu'il

[1] *Tract. de morb. mucoso*, p. 241. Sectio cadaveris prima, p. 241. Edit. Wrisberg Gœtting 1783, in-12

est plus commun après la mort arrivée pendant les dyspepsies nidoreuses prononcées avec ou sans fièvre; il est mentionné dans huit ouvertures de cadavres sur onze que nous avons faites dans ces conditions, à la vérité pendant des saisons chaudes.

§ III. *Des altérations des organes dans les fièvres dyspepsiques ou assodes, ou dans les fièvres gastriques muqueuses, bilieuses, ardentes, etc., des auteurs.*

Des circonstances qui mettent à même d'observer sur les cadavres les lésions qui se rapportent aux fièvres assodes.

1976. On ne manque pas d'occasion dans la pratique des grands hôpitaux, de constater sur les cadavres les lésions qui appartiennent aux dyspepsies nidoreuses simples, car ces dyspepsies se manifestent assez fréquemment pendant le cours de maladies graves qui se terminent d'une manière funeste; l'on est plus rarement à même de constater après la mort les lésions des organes qui se rapportent aux fièvres assodes graves rémittentes, continues ou ataxiques, parce que ces maladies ne sont pas très communes à un degré de gravité qui occasionne une issue funeste sans l'intervention de complications morbides qui puissent modifier ces désordres organiques. Il n'est cependant guère de médecin d'hôpital qui ne rencontre chaque année quelques cas de fièvre assode se terminant par la mort, pendant les saisons chaudes surtout. Nous ne manquons donc point d'observations cliniques qui nous fassent connaître les désordres des organes après les fièvres assodes graves, comme après les dyspepsies nidoreuses simples (1948); mais nous n'en pouvons dire autant pour les fièvres assodes légères, ces maladies ne se terminent jamais d'une manière funeste sans se compliquer d'accidents auxquels ces lésions cadavériques peuvent être rapportées plutôt qu'à la fièvre assode elle-même. C'est pourquoi nous ne pouvons décrire les altérations des organes qui appartiennent aux fièvres légères, d'après des observations sur des cadavres de sujets qui aient succombé à ces maladies exemptes de complications; nous

ne pouvons déterminer ces altérations que sur des cas compliqués, en appréciant quels sont les effets de la complication et les lésions qui se rapportent à la maladie principale, et d'après la connaissance directe des altérations qui existent dans les dysepsies nidoreuses simples et dans les fièvres assodes graves; états morbides entre lesquels se placent les fièvres assodes légères, comme degré intermédiaire d'un état pathologique semblable.

Observation clinique sur une fièvre assode pendant laquelle la mort est survenue par suite d'une péritonite.

1977. Une domestique de ferme, âgée de vingt-six ans, avait le 4 août 1835, depuis quinze à vingt jours, la bouche amère, de la courbature dans les membres, et un état général de langueur qui lui rendait le travail pénible; elle fut prise, vers le soir, d'un accès de fièvre avec un frisson initial intense, suivi d'une vive chaleur, qui dura presque toute la nuit, et fit place vers le matin à une sueur modérée. Cette femme, amenée le lendemain à l'hôpital, fut trouvée dans un état pyrétique à la visite du soir. Le frisson ne revint pas, mais la fièvre augmenta dans la nuit, et le 5 août nous reconnûmes les symptômes suivants: fièvre modérée, annoncée par la chaleur sèche de la peau et la fréquence du pouls, qui battait quatre-vingt-dix fois par minute; la face était enluminée aux pommettes et présentait une teinte jaune aux ailes du nez et sur les commissures des lèvres. La soif était peu intense; la langue, large et épaisse, était enduite d'une couche saburrhale jaunâtre très prononcée, sur toute sa surface. L'épigastre était légèrement douloureux à la pression. La malade avait de fréquentes éructations; elle avait eu depuis la veille deux ou trois selles liquides; elle se plaignait d'un sentiment général de courbature et de fatigue extrême dans les membres. Nous prescrivîmes une infusion de feuilles de chicorée sauvage pour boisson et une abstinence complète d'aliments. Dans la soirée, une sueur assez abondante se manifesta et dura une partie de la nuit; il ne survint pas d'évacuations alvines, mais la malade éprouva des dou-

leurs obtuses de colique. Le 6 août, quatrième jour de la fièvre, elle vomit deux fois, le matin, une petite quantité de liquide bilieux d'un jaune verdâtre; l'amertume à la bouche était très prononcée; la couche saburrhale de la langue était d'un jaune grisâtre; l'haleine exhalait une odeur ammoniacale. L'épigastre était le siège d'une douleur spontanée assez vive, qui n'augmentait pas notablement à la pression. Le ventre n'était point tendu et se déprimait facilement dans tous ses points, sans qu'il en résultât la moindre douleur; les urines déposaient un sédiment briqueté abondant. La malade se plaignait toujours d'une céphalalgie susorbitaire continue et d'un sentiment général de courbature. La peau était sèche et plus chaude que dans l'état normal; il n'y avait pas de fréquence du pouls. Vers le soir, il y eut une horripilation qui se prolongea pendant quelques heures sans fièvre prononcée, avec quelques envies de vomir. Dans la nuit, de violentes douleurs de ventre survinrent; l'élève de garde appelé constata le début d'une péritonite : il fit immédiatement appliquer quarante sangsues sur l'abdomen. A la visite du matin du cinquième jour, nous trouvâmes la malade dans un état d'angoisse extrême, avec un hoquet continu, joint à des efforts infructueux de vomissement. Les traits étaient grippés, la face et les tempes étaient couvertes d'une sueur visqueuse; le ventre tendu était douloureux à la pression, principalement vers les flancs, au point qu'il ne pouvait supporter sans douleur le poids des couvertures. Le pouls n'était pas très fréquent, mais il était petit, concentré; les extrémités étaient froides. Le soir, la mort arriva. A la dissection du cadavre, la tunique séreuse abdominale était injectée par un réseau vasculaire très ténu, fort serré, à disposition réticulée, occupant les lignes sinueuses les plus saillantes des circonvolutions intestinales. Une couche de matière concrète d'aspect albumineux se remarquait entre les circonvolutions du tube digestif; cette matière plastique ne

se reconnaissait qu'avec difficulté; elle formait comme le détritus du liquide séreux trouble, épanché en petite quantité dans l'abdomen. Les intestins étaient développés et distendus par des gaz. Une teinte jaune verdâtre était étendue sur toute la surface de l'estomac et sur une partie de circonvolutions des intestins grêles; elle provenait d'un épanchement de bile arrivé par une petite ouverture de trois à quatre millimètres au plus de diamètre, qui se trouvait au côté externe de la vésicule du fiel. L'incision de cette poche fit reconnaître dans sa cavité la présence d'une ulcération, de dix à douze millimètres de diamètre, creusée au centre d'une plaque indurée; cette ulcération était de forme irrégulière, comme frangée sur ses bords, qui étaient mamelonnés, rugueux, et formés par une matière d'un blanc jaunâtre dans la plus grande partie de leur étendue. Cette matière, qui s'écrasait sous les doigts avec facilité, s'étendait à plusieurs millimètres des bords de l'ulcération, sur presque tout son pourtour, dans une sorte d'écartement des tuniques de la vésicule, épaissies et indurées, et passées presqu'à un état fibro-cartilagineux; à un centimètre des bords de l'ulcération, la membrane muqueuse de la vésicule avait son aspect velouté normal. Du côté de la tunique péritonéale la surface de la vésicule ne présentait d'autre altération que la petite perte de substance qui s'était évidemment faite de dedans en dehors. La vésicule du fiel, ainsi altérée, avait une capacité au moins double de l'état normal. Le canal cystique était libre. Au col de la vésicule se trouvait une tumeur tuberculeuse du volume d'une petite noisette. Les deux poumons contenaient à leur sommet une assez grande quantité de tubercules crus disséminés dans leur tissu. Quelques unes de ces concrétions étaient ramollies; il n'y avait cependant pas encore d'excavation communiquant avec les bronches. Toute la surface de la membrane muqueuse de l'estomac était couverte d'une couche de mucus

visqueux, d'un gris jaunâtre, si adhérente à l'estomac, qu'elle ne s'enlevait que difficilement par la percussion d'un jet d'eau. La muqueuse, sous cette couche, était d'un blanc grisâtre dans toute son étendue, excepté vers le milieu de la grande courbure, où se trouvaient des marbrures d'un rouge brun, comme striées, de dix à douze millimètres de diamètre. La muqueuse du duodénum, pâle dans toute son étendue, ne présentait rien d'anomal. Cet intestin était rempli d'une grande quantité de matière liquide jaunâtre. Dans le jéjunum et l'iléon, une matière pultacée d'un jaune pâle était appliquée en couche épaisse, faiblement adhérente à la surface de la membrane muqueuse, non pas d'une manière continue mais par places seulement. Sur la membrane muqueuse, sur une longueur de six à sept décimètres, on remarquait des cryptes du volume de grains de millet, disséminées inégalement; dans quelques points en grand nombre, dans quelques autres en assez petit nombre; dans quelques lieux on n'en trouvait plus. Des plaques elliptiques de diamètre variable de cinq à quinze millimètres, saillantes sur la surface de l'intestin, d'un blanc grisâtre pointillé de noir, entourées de cryptes solitaires tuméfiées, se remarquaient au nombre de dix à douze dans la fin de l'iléon. Quelques cryptes disséminées se voyaient sur la muqueuse du cœcum. Les vaisseaux capillaires, ramifiés dans les tuniques des intestins grêles, étaient injectés par places irrégulières, formant un réseau vasculaire, tantôt lâche, tantôt serré. La muqueuse n'était rougie uniformément, ni ramollie, ni épaissie sur aucun point. Les ganglions mésentériques ne présentèrent pas la plus légère apparence de phlegmasie, ni même de gonflement.

La mort a été évidemment le résultat de la péritonite aiguë, consécutive à la perforation tuberculeuse de la vésicule du fiel. On n'attribuera sans doute pas à cette affection tuberculeuse, non plus qu'à la présence des tubercu-

les pulmonaires, les accidents de la fièvre rémittente qui existaient depuis plusieurs jours au moment de la mort.

Les symptômes de la dyspepsie nidoreuse constituaient chez ce sujet les phénomènes morbides les plus saillants; ils ont précédé l'invasion de l'état fébrile, et ils n'ont cessé de se montrer pendant sa durée. La fièvre a présenté l'aspect et la marche qu'on lui reconnaît le plus ordinairement dans tous les cas où, par les progrès de la maladie, elle vient se joindre aux accidents de la dyspepsie nidoreuse (1742) ; sa connexion avec ces accidents, ou plutôt avec la condition morbide dont ils ne sont eux-mêmes que les phénomènes, ne peut être révoquée en doute.

L'ouverture du cadavre a fait reconnaître sur la plus grande partie de la muqueuse gastro-intestinale toutes les altérations qui s'y trouvent toujours quand la mort survient pendant le cours de la maladie saburrhale (1948 *et sqq.*); l'intensité, l'étendue de la lésion sont seules variables : la nature de la lésion ne l'est pas.

Indépendamment des cryptes isolées et agglomérées qui se trouvaient disséminées sur la membrane muqueuse, on reconnaissait dans la trame de cette tunique, à l'estomac et dans les intestins, des plaques et des marbrures rouges et brunâtres, irrégulières dans leurs formes, variables dans leur étendue. Ces plaques érythémoïdes étaient, les unes, et c'étaient les plus nombreuses, formées seulement par une injection des vaisseaux capillaires de la tunique villeuse dans un état évident de congestion; les autres offraient la disposition de stries et de points rouges agglomérés. On peut contester la nature inflammatoire de ces plaques érythémoïdes, au moins pour celles qui n'étaient formées que par un réseau vasculaire injecté, dont la production peut être considérée comme le simple effet de stases sanguines survenues peut-être au moment de la mort, ou au moins dans les heures qui l'ont immédiatement précédée. Quant aux marbrures brunes, pointillées et striées, de

la muqueuse de l'estomac, leur nature inflammatoire est moins contestable. Quoi qu'il en soit, en admettant même que toutes ces marbrures fussent des traces de phlogose, on ne peut trouver en elles la cause immédiate, au moins exclusive, des accidents rémittents éprouvés par la malade.

La tuméfaction du plus grand nombre des cryptes gastro-intestinales, disséminées et agglomérées, dont la sécrétion, exagérée pendant la vie, se retrouvait après la mort par la surabondance des produits viciés dans l'intestin, a dû exercer sur l'organisme une bien grande influence; c'est dans cette influence que nous trouvons l'interprétation de tous les phénomènes morbides. Si la phlogose disséminée de la muqueuse a concouru à les produire, elle n'a été qu'une cause ajoutée à celle qui provenait de la turgescence de ces cryptes dont la sécrétion était exagérée, et à celle qui se trouve aussi dans la présence dans le tube digestif d'une grande quantité de produits secrétés, agissant à la fois par la déperdition qui résultait de leur formation par sécrétion, par l'interruption ou au moins l'imperfection des fonctions du tube digestif, et aussi par l'absorption nécessairement opérée sur la muqueuse intestinale d'une partie de ces matières saburrhales.

Observations cliniques sur des fièvres assodes continues et ataxiques suivies de mort.

1978. Les fièvres assodes continues et ataxiques peuvent déterminer directement la mort, lors même qu'elles sont exemptes de complication. On peut donc déterminer quelles sont les lésions anatomiques qu'elles occasionnent sur des faits dans lesquels il ne s'est manifesté aucun épiphénomène; tels sont les faits suivants :

Une femme de cinquante-quatre ans, d'une constitution détériorée, entra à l'hôpital le 17 juin. Cette femme jouissait habituellement d'une bonne santé. Elle se plaignait d'éprouver depuis sept à huit jours un état fébrile avec des redoublements marqués par des frissons. Le 18

juin, elle avait la peau chaude et sèche; elle avait de la soif; son pouls était d'une fréquence modérée, mais tendu et difficilement dépressible; sa bouche était amère. La langue était enduite d'une couche saburrhale, principalement à la base; les ailes du nez et le pourtour de la bouche étaient légèrement ictériques. Cette malade n'avait ni nausées, ni vomissements, mais elle avait d'assez fréquentes selles liquides; elle était couchée en supination; elle éprouvait une faiblesse générale avec prostration des forces très prononcée. Le ventre n'était ni tendu ni météorisé; il était légèrement douloureux à la pression à l'épigastre. Nous fîmes tirer 200 grammes de sang du bras. Le 19 juin la prostration des forces avait évidemment fait des progrès; la fièvre conservait toute son intensité; la sécheresse et la chaleur de la peau avaient augmenté; la langue se desséchait tout en restant saburrhale. Nous prescrivîmes seulement de la limonade citrique pour boisson, et du bouillon pour aliment. Le 20 juin le collapsus avait encore fait des progrès, la sécheresse et la couche saburrhale de la langue restaient très prononcées; une couche fuligineuse épaisse invisquait les dents; le ventre était souple et indolent dans toute son étendue; il était survenu la veille plusieurs redoublements pyrétiques marqués par des frissons. Un éméto-cathartique composé de 10 centigrammes de tartre stibié et de 8 grammes de sulfate de soude, détermina quelques évacuations alvines et pas de vomissements. A la visite du soir, cette femme était dans l'état adynamique le plus prononcé : ses extrémités étaient froides et couvertes d'une sueur visqueuse. Elle mourut dans la nuit. L'ouverture du cadavre fut pratiquée trente-six heures après la mort. La membrane muqueuse de l'estomac présentait, sur le grand cul-de-sac de ce viscère, un ramollissement qui cessait et se limitait à sa partie supérieure suivant une ligne droite, horizontale dans la supination du cadavre. La muqueuse, ainsi ramollie, était con-

vertie en une matière glaireuse d'une teinte brunâtre. Ce ramollissement ne dépassait pas l'épaisseur de la muqueuse; la membrane moyenne adjacente était pâle et saine. Sur le reste de son étendue, principalement à la région pylorique, la muqueuse gastrique était revêtue d'une couche de mucus peu prononcée; autour du pylore, on remarquait quelques follicules développés. La membrane muqueuse du duodénum présentait, sur la première et la deuxième parties de cet intestin, un assez grand nombre de follicules disséminés et tuméfiés. La surface interne du jéjunum et de l'iléon n'offrait aucune apparence de lésion de la membrane muqueuse ni des follicules; cette membrane avait sa consistance et son épaisseur normales; on ne trouvait également aucune apparence de lésion dans les membranes intestinales du cœcum, du colon et du rectum. Tout le tube digestif, spécialement le duodénum et le jéjunum, contenaient une grande quantité de liquide muqueux d'un jaune verdâtre; sur la surface de la tunique villeuse on trouvait une couche adhérente de mucus visqueux peu considérable et faiblement adhérente à la surface intestinale. Le mésentère était parfaitement sain. Le foie était peu volumineux : son tissu était jaunâtre et avait sa densité normale. La rate avait augmenté de volume ; elle était ramollie, et infiltrée de sang noirâtre. Les poumons étaient sains, très peu infiltrés. Le cœur était à l'état normal. Les vaisseaux sous-arachnoïdiens étaient gorgés de sang noir; le tissu de la pie-mère était infiltré de sérosité; l'arachnoïde se détachait avec facilité, et ne présentait ni opacité, ni augmentation d'épaisseur; le tissu cérébral, parfaitement sain, était d'une consistance peu ordinaire chez un sujet mort depuis trente-six heures, dans la saison chaude où nous étions.

Tous les accidents morbides chez ce sujet ont offert ceux des fièvres dyspepsiques. La forme paroxystique, bien marquée dans les premiers jours, a fini par ne plus se ma-

nifester que par quelques frissons revenant irrégulièrement et signalant l'exacerbation de l'état fébrile. Le phénomène morbide le plus saillant a été l'état adynamique, qui a pris une extrême intensité après l'émission sanguine qui nous avait semblé indiquée par la force apparente de pouls. C'est par les progrès incessamment croissants de l'adynamie que cette femme a été conduite rapidement au terme fatal de sa maladie, qui est arrivé du septième au huitième jour.

L'ouverture du cadavre a fait reconnaître à un degré assez prononcé les lésions ordinaires des voies digestives dans les dypepsies nidoreuses. La cavité du tube intestinal, remplie en grande partie par un liquide séro-muqueux jaune verdâtre, présentait sur ses parois, dans l'estomac, dans le duodénum et dans le jéjunum, un développement anomal manifeste des cryptes mucipares; on n'y rencontrait aucune trace de phlegmasie. La muqueuse de l'estomac offrait dans le bas-fond de cet organe un ramollissement limité subitement par une ligne arrêtée et horizontale, déterminée par le niveau du liquide épanché dans l'estomac. Nous avons trouvé ici le résultat de l'influence chimique exercée après la mort sur les parois du tube intestinal par les liquides déposés à leur surface, qui se rencontre aussi quelquefois un certain temps après la mort de sujets qui ont succombé avec des dyspepsies nidoreuses simples (1963).

1979. L'ouverture du cadavre des deux sujets, sur lesquels ont été recueillies les observations précédentes, n'a guère fait reconnaître que les altérations qui se montrent dans les simples dyspepsies nidoreuses. Dans le cas suivant, la muqueuse gastro-intestinale a présenté des désordres véritablement inflammatoires joints à ceux qui appartiennent aux affections saburrhales intenses.

Lemichel, maçon, âgé de vingt-trois ans, avait depuis trois semaines de l'anorexie, avec un sentiment de chaleur et de sécheresse à la gorge et une soif vive. Depuis quatre jours, à cet état s'étaient jointes des nausées qui survenaient

immédiatement après l'ingestion de la plus petite quantité d'aliments et même de boissons; il avait vomi plusieurs fois; il avait vers le soir des coliques sourdes qui étaient suivies de selles diarrhéiques. Bientôt la fièvre survint. Le malade entra à l'hôpital le 17 décembre 1832 dans l'état suivant : La face était décolorée, les conjonctives injectées. La langue était couverte d'une couche muqueuse jaunâtre et parsemée d'un grand nombre de papilles rouges vermeilles; le pharynx était d'un rouge un peu livide; il était invisqué à ses bords et à sa pointe, comme les parois buccales, d'une mucosité jaunâtre, tenace, que l'expectoration expulsait difficilement. Le malade s'abstenait de boire à cause des nausées fréquentes qu'il éprouvait. L'épigastre, faiblement tendu, était douloureux à la pression : le malade y ressentait une douleur gravative presque continue; le reste du ventre était souple et indolent. Quelques douleurs obtuses de coliques se manifestaient de temps à autre, soit vers les flancs, soit vers la région ombilicale. Les selles, peu abondantes, étaient liquides. La peau était d'une chaleur halitueuse qui n'excédait pas la chaleur normale. Le pouls, régulier et assez plein, battait quatre-vingt-quinze fois par minute. Le malade éprouvait un tel état de courbature et de faiblesse qu'il ne pouvait s'asseoir sur son lit sans être sur le point de tomber en défaillance. Le soir, un redoublement fébrile très marqué survint par un léger frisson. Le 19, au matin, le malade avait été agité une partie de la nuit; la fièvre avait diminué le matin après une sueur assez abondante; les autres symptômes persistaient : la tête était lourde, sans douleur céphalalgique déterminée. Nous prescrivîmes l'application de vingt sangsues à l'anus. Le 20 et le 21, l'état du malade resta stationnaire; le redoublement fébrile se reproduisait toujours vers le soir, et la fièvre diminuait le matin par une sueur peu marquée. Le 22, la fièvre était devenue beaucoup plus vive; le pouls battait cent huit fois par minute; la

peau était sèche, chaude et blafarde. Le ventre était légèrement tendu et météorisé ; la langue restait saburrhale et tendait à se sécher : elle était toujours aussi rouge, piquetée à ses bords; les dents étaient fuligineuses. Il y avait eu pendant la nuit trois selles liquides abondantes; le malade avait eu aussi trois vomissements de matières jaunâtres, dans lesquelles il avait rejeté un vers lombric. Une saignée du bras de 250 grammes fut pratiquée. Le soir, cet homme tomba dans un état d'accablement semi-comateux avec un délire tranquille; il y resta toute la nuit, pendant laquelle il eut aussi plusieurs vomissements. L'élève de garde fit appliquer vingt-quatre sangsues derrière les oreilles. Le 23, l'accablement semi-comateux persistait; le malade répondait juste, quoique lentement, aux questions qu'on lui adressait. Les yeux étaient fixes, les pupilles étaient dilatées. La langue, toujours saburrhale, était plus humide que la veille; de petites ulcérations aphtheuses étaient disséminées sur ses bords et sur la surface interne des lèvres; il y avait des sudamina en petit nombre vers les clavicules. Nous ne trouvâmes aucune apparence de pétéchies. Le ventre était météorisé, indolent à la pression, chaud au toucher. Le malade avait eu des selles séreuses qu'il avait rendues dans son lit sans avoir paru s'en apercevoir. Le pouls battait cent douze fois par minute : il était faible, mou et vite. La peau ne semblait pas plus chaude que dans l'état sain. Dans la journée, ce malade tomba tout d'un coup dans des mouvements convulsifs avec perte absolue de connaissance, cris, rigidité des membres; ces accidents durèrent, en se renouvelant d'instant en instant, environ deux heures, après lesquelles le malade resta dans un état de coma complet avec gêne de la respiration; il succomba dans la nuit. Nous apprîmes après sa mort qu'il était sujet à des attaques d'épilepsie qui se reproduisaient environ tous les quinze jours. L'ouverture du cadavre fut faite vingt-sept heures après la mort. La membrane mu-

queuse bucco-pharyngienne était généralement d'un rouge livide et parsemée de petites ulcérations blanchâtres de deux à quatre millimètres de diamètre; nous en comptâmes plus de vingt-cinq. Les amygdales étaient faiblement gonflées; leur tissu était plus injecté que dans l'état normal; les cryptes mucipares de la base de la langue et sus-épiglottiques étaient doublées de volume : elles n'étaient ni rubéfiées ni ulcérées. Il y avait une vingtaine de cryptes du volume de grains de chenevis développées à la surface de la muqueuse pharyngo-œsophagienne, vis-à-vis de l'orifice de la glotte. L'œsophage était rempli et presque distendu dans sa moitié inférieure par une matière muqueuse jaune verdâtre, faiblement adhérente aux parois du canal qui ne présentaient aucune trace d'altération. Toute la surface interne de l'estomac était enduite d'une couche comme pseudo-membraneuse de mucus d'un gris jaunâtre, adhérente à la muqueuse au point de n'en pouvoir être que difficilement séparée par la percussion d'un filet d'eau. Cette couche de mucus se confondait au grand cul-de-sac de l'estomac avec une masse de mucus accumulé en ce point et formant au moins 150 grammes de cette matière. Vers le pylore, la couche muqueuse était plus condensée : elle était comme mélangée de sang noirâtre. La muqueuse gastrique était plus pâle et plus blanche que dans l'état normal, surtout au grand cul-de-sac de l'estomac jusque autour du cardia, où elle avait même un reflet bleuâtre. Auprès du pylore, dans le point correspondant à la coloration rougeâtre de la couche de mucus, la tunique villeuse était d'un rouge brun : elle se déchirait et se détachait de la couche musculeuse adjacente plus facilement que dans l'état normal; celle-ci avait cependant participé à la rougeur qui s'était étendue à toute son épaisseur dans deux ou trois points. Cette tache rouge de l'estomac avait cinq à six centimètres de diamètre : elle n'était pas nettement circonscrite. La tunique interne de l'estomac ne présentait pas de follicules saillants

à sa surface, mais elle était légèrement mamelonnée et laissait voir assez facilement des cryptes dilatées dans son épaisseur; elle était généralement plus épaisse, plus humide et plus molle que dans l'état sain. Lorsqu'on en détachait un lambeau et qu'on l'interposait entre l'œil et la lumière, on distinguait dans son épaisseur une multitude de granulations crypteuses qui ne se voyaient pas sur des lambeaux de la membrane muqueuse saine. Dans le grand cul-de-sac de l'estomac, il était impossible de détacher des lambeaux de la muqueuse à cause de son ramollissement. Une couche de mucus tapissait tout le duodénum, le jéjunum, l'iléon, le cœcum et le commencement du colon sur une longueur d'environ deux décimètres. Cette couche muqueuse, d'un jaune clair, était plus épaisse, plus humide, et peu adhérente dans le premier tiers de l'intestin grêle; mais dans les deux derniers tiers, surtout sur la surface intra-intestinale opposée au mésentère, elle formait comme une véritable doublure de l'intestin; elle était d'un jaune grisâtre, d'une consistance filandreuse. Du côté de la cavité intestinale, cette couche de mucus était, dans la plus grande partie de son étendue, en rapport avec elle-même ou avec des flocons de mucus presque diaphane, d'un blanc gris ou rougeâtre. Trois vers lombrics morts étaient pelotonnés dans cette masse de mucus. La membrane muqueuse intestinale était généralement pâle; elle présentait çà et là, sous cette couche de mucus qui la tapissait, des groupes de follicules mucipares disséminés, d'un blanc terne, du volume de grains de chenevis. Autour et au dessous de ces follicules, la muqueuse ne présentait aucune trace d'injection ni de coloration anomales; elle était généralement un peu molle, mais ne semblait pas plus épaisse que dans l'état naturel. La tunique musculaire intestinale était généralement ramollie, particulièrement dans la fin de l'iléon. Dans les huit ou neuf derniers décimètres de la longueur de ce dernier intestin, on re-

marquait des arborisations vasculaires veineuses, qui se prolongeaient jusque dans le mésentère; au centre de cette partie de l'intestin, sur une longueur de plus d'un décimètre, les arborisations vasculaires étaient plus serrées, et sur leur trajet la muqueuse était rougie. Des follicules mucipares, disséminés et tuméfiés, qui se trouvaient sur le trajet et entre les branches de ces ramifications vasculaires étaient injectés; quelques uns étaient ulcérés; il en résultait de petites érosions ovalaires qui n'envahissaient qu'à peine toute l'épaisseur de la membrane muqueuse, leur fond était légèrement rouge grisâtre. La valvule iléo-cœcale était légèrement rougeâtre; elle présentait une plaque de cryptes agminées non ulcérées. Les gros intestins contenaient un mucus d'un jaune brunâtre; leurs membranes n'offraient aucune apparence d'état anomal. Tous les autres viscères abdominaux étaient sains; nous ne reconnûmes dans le mésentère aucune apparence de gonflement des ganglions. Le cerveau avait son tissu très ferme, légèrement sablé; les ventricules latéraux étaient dilatés par de la sérosité limpide. Le plancher du troisième ventricule était ramolli dans l'épaisseur de deux à trois millimètres. Cette couche ramollie fut entraînée comme une matière crémeuse sous le choc d'un filet d'eau; elle laissa à nu sur la ligne médiane un tubercule de forme olivaire de deux centimètres environ de diamètre, qui pénétrait dans le pédoncule cérébral gauche. Ce tubercule était formé d'un tissu homogène, blanc, ressemblant à du caséum durci. Un tissu cellulaire condensé, non injecté, constituait comme une capsule très mince à ce corps de formation morbide. Le cœur, les poumons, les bronches et les gros vaisseaux étaient exempts de lésion.

La mort du sujet de cette observation doit être surtout attribuée aux accidents cérébraux qui sont survenus pendant le cours de la fièvre assode.

La fièvre s'est manifestée dans ce cas après des pro-

dromes qui offraient tous les caractères des symptômes de la dyspepsie nidoreuse (1702 *et sqq.*). Ces symptômes dyspepsiques ont persisté pendant toute la durée de la maladie; ils en ont été les phénomènes les plus remarquables. La marche de la maladie a toujours été rémittente ou plutôt exacerbante; ainsi, dès le commencement, le redoublement fébrile revenait presque régulièrement tous les soirs; l'invasion de la sueur dans la nuit semblait marquer la fin du paroxysme. Quant aux phénomènes de dyspepsie nidoreuse, ils ont surtout consisté dans l'anorexie, l'amertume de la bouche, la courbature et l'abattement, comme nous les voyons dans les affections saburrhales. La maladie a été bien loin d'avoir, par ses symptômes, cette forme sthénique intense des maladies inflammatoires.

Les lésions les plus prononcées reconnues sur le cadavre ont été celles que nous avons observées après les dyspesies nidoreuses simples (1948 *et sqq.*) : le gonflement des cryptes mucipares devenues plus apparentes, et la présence dans le tube digestif d'un excès des produits de la sécrétion augmentée et modifiée de ces follicules. Le tube digestif présentait aussi des traces d'inflammation qui démontraient qu'une véritable phlegmasie s'était développée sur sa tunique interne avec les lésions propres à la dyspepsie nidoreuse; il est vrai que l'inflammation n'y existait que dans une petite étendue, à l'estomac et à la fin de l'iléon.

A l'estomac, les altérations inflammatoires existaient dans le voisinage du pylore avec la forme habituelle des lésions qui se rapportent aux phlegmasies de la muqueuse gastro-intestinale. Cette phlegmasie s'était annoncée pendant la vie par cette disposition aux vomissements que l'état saburrhal intense ne suffit ordinairement pas pour déterminer. Parmi les lésions qui se trouvaient sur ce point enflammé de l'estomac, nous avons remarqué surtout la teinte rougeâtre de la couche de mucus qui tapissait la partie de la membrane muqueuse enflammée. Cette coloration dé-

pend du mélange d'une certaine quantité de sang avec le mucus sécrété. C'est une altération qui se trouve presque toujours dans les phlegmasies gastro-intestinales qui peuvent survenir dans les fièvres assodes.

L'inflammation à la fin de l'iléon n'existait qu'à un degré bien léger, puisqu'elle n'avait pas même coloré uniformément la membrane muqueuse; elle avait cependant envahi quelques follicules mucipares qui étaient déjà arrivés au degré de l'ulcération.

La turgescence sécrétoire des follicules mucipares se remarquait sur presque toute l'étendue du tube digestif et même dans le pharynx et dans la bouche, par la tuméfaction qu'ils avaient éprouvée, et par l'excès de la sécrétion muqueuse. Pour beaucoup de ces follicules, l'état d'orgasme s'était élevé jusqu'à l'état de phlegmasie annoncé par la présence des aphthes (1854).

La diarrhée a été dans ce sujet un des symptômes morbides dominants. Ce flux pathologique est fréquent dans les affections assodes; il est le résultat de la sécrétion augmentée des cryptes intestinales; sa production est aussi favorisée par le trouble des fonctions digestives, et par la perturbation nécessairement apportée dans ces affections à la facile absorption qui doit s'accomplir sur la muqueuse intestinale. La diarrhée était d'autant plus marquée chez ce malade que la lésion diacritique des cryptes s'était élevée dans plusieurs jusqu'à l'état d'inflammation. A la fin de l'iléon et dans le cœcum, cette phlegmasie avait même été portée sur quelques agglomérations crypteuses jusqu'à occasionner un certain degré d'érosion; mais cette lésion était si peu considérable qu'elle était nécessairement très récente.

Forme générale des lésions gastro-intestinales dans les fièvres assodes établie par des observations anciennes.

1980. On voit par les résultats des observations que nous venons de rapporter, que les altérations principales des organes dans les fièvres assodes sont toutes les lésions anatomiques qui se remarquent dans les dyspepsies nidoreuses

simples (1948 *et sqq.*), jointes à des traces de phlegmasie plus ou moins prononcée de la membrane muqueuse gastro-intestinale, ou des cryptes mucipares qui entrent dans sa texture. On peut tirer les mêmes conséquences des observations de nos prédécesseurs. Parmi celles que nous pourrions leur emprunter, en voici une que Thomas Bartholin a conservée; on verra par ce fait que les lésions diacritiques, jointes aux phlegmasies de la muqueuse intestinale, ont été constatées depuis longtemps sur les sujets qui succombent aux fièvres assodes :

« Le duc de Brunswick après avoir adopté, depuis plusieurs années, l'habitude de se nourrir d'aliments crus, tels que des légumes et des fruits, contracta une fièvre quarte; il en fut guéri et se porta assez bien pendant quelque temps. Il avait eu recours, pour se débarrasser de cette fièvre, à un vomitif préparé avec la racine d'azarum. Les vomissements avaient été si pénibles qu'il conserva une répugnance absolue pour l'usage des vomitifs. Adam Lucœtenius, qui lui donnait des soins, reconnaissant la nécessité de provoquer encore des vomissements, lui administra de nouveau la racine d'azarum introduite en petite quantité dans des pilules fébrifuges; comme il prit de ces pilules à des doses rapprochées, il en résulta des vomissements abondants et l'excrétion de matières vertes très visqueuses en quantité surprenante, immédiatement après lesquels il se rétablit. Revenu ensuite à son régime habituel, ce prince fut pris plus tard d'une maladie grave que l'on considéra comme une fièvre maligne à cause de la vive chaleur dont elle était accompagnée. Je ne partageai pas cette opinion, dit Lucœtenius : comme je connaissais l'usage que le prince faisait ordinairement d'aliments crus et de légumes herbacés, j'attribuai ces accidents à un état saburrhal; je ne me trompai pas, car il ne tarda pas à rejeter un ver plat rompu, d'environ neuf aunes de longueur, qui fut expulsé le 22 mai 1626; avant cette expul-

sion de ver, et encore après, il resta agité, privé de sommeil. On lui procurait quelque repos avec des évacuants alexipharmaques cordiaux et toniques. Le 1<sup>er</sup> juin, il parut autour du mamelon droit neuf pustules livides comme tuberculeuses, ressemblant à des fraises. Les forces commencèrent alors à décroître; il tomba dans un état d'hallucination dans lequel sa parole était si précipitée, qu'on ne pouvait qu'à peine distinguer les mots qu'il prononçait. Dès le début de cette maladie, il se manifesta beaucoup de vomissements, surtout après l'ingestion des aliments et des boissons. Le malade rejetait la bière qu'il aimait beaucoup, et ne conservait que le vin qui ne lui occasionnait aucune incommodité et qui n'augmentait point la chaleur. Au début de la maladie, le pouls était presque naturel, les urines étaient jumenteuses, mais elles revenaient ensuite à l'état naturel; le pouls devint de plus en plus faible; l'anorexie augmentait chaque jour. Le malade rejetait ses couvertures; il se rafraîchissait la tête avec des lotions d'eau de roses, et cependant ni le pouls, ni les urines, ni le toucher de toutes les parties du corps, n'indiquaient aucun état fébrile. Malgré des médicaments destinés soit à expulser les saburrhes, soit à relever les forces, la maladie continua ses progrès; le pouls et ses forces s'affaiblissaient d'instant en instant, l'anorexie devint de plus en plus prononcée jusqu'au terme de la vie, qui arriva le 6 juin 1626. A l'ouverture du cadavre, presque tous les viscères étaient sains; il n'y avait de lésion que dans l'estomac et les intestins; l'estomac était rempli de mucus; sa membrane interne était d'une teinte brune. Les intestins contenaient une grande quantité de pituite épaisse et muqueuse; la tunique interne des intestins grêles surtout était presque noirâtre sur les valvules conniventes; le colon contenait environ cinq aunes de ver plat. Les poumons étaient sains; le cœur contenait dans son ventricule droit une concrétion du volume du doigt, au milieu de laquelle se trouvait une

matière grasse comme de l'axonge. Le foie volumineux ne paraissait être le siège d'aucune lésion, si ce n'est que sur quatre ou cinq points il présentait des taches d'une couleur blanche de la grandeur d'un feuille de menthe; le parenchyme adjacent avait un commencement de corruption. La rate et les reins étaient exempts de lésions »[1].

L'inflammation de la membrane muqueuse gastro-intestinale, dont les traces sur le cadavne consistaient dans la teinte noirâtre de la muqueuse, a été pour beaucoup dans la production des derniers accidents qui sont survenus chez ce malade; cette phlegmasie a déterminé surtout l'extrême anorexie et les vomissements. Toutefois, il est impossible d'admettre que cette maladie ait été primitive dans ce cas, puisque ses symptômes immédiats n'ont paru qu'à la fin de la vie et lorsqu'il existait déjà depuis longtemps une affection saburrhale qui s'était montrée avec les symptômes ordinaires de la surcharge des organes digestifs, et qui était évidente par la grande quantité de matières muqueuses dont le tube intestinal était rempli.

Lésions observées sur les cadavres dans l'épidémie de Gœttingue.

1981. Rœderer et Wagler décrivent ainsi les lésions viscérales qu'ils ont trouvées à Gœttingue sur les cadavres de ceux qui succombaient à la fièvre qu'ils appelaient muqueuse bénigne (1917).

« On remarquait toujours des traces externes et internes d'inflammation du tube digestif. Ces lésions étaient plus intenses dans l'espèce inflammatoire de la maladie; elles étaient moins prononcées dans l'espèce de maladie muqueuse lente. Il existait par places des constrictions spasmodiques de l'estomac et des autres parties du tube digestif; il y avait même quelquefois des invaginations des intestins grêles. La partie du tube digestif ainsi resserrée était tout à fait exsangue ou au moins plus pâle que le reste du tube digestif. Lorsque le canal intestinal était affaissé,

[1] *Ex observat. Ad. Lucœtenii regis Daniæ medici;* in actis med. Bartholini, ann. 1672, p. 25.

il présentait une teinte bleuâtre, parce que l'on apercevait la couleur inflammatoire prononcée de la membrane villeuse, qui se laissait voir au travers des autres tuniques transparentes. Dans les lieux où les intestins étaient distendus par des gaz, ils étaient pâles, légèrement diaphanes, très amincis; ils n'étaient ni enflammés ni bleuâtres. L'estomac était enduit intérieurement de beaucoup de mucus tenace et adhérent : le duodénum et les autres intestins grêles étaient aussi enduits de mucus et contenaient des matières bilieuses; on trouvait dans les gros intestins une pulpe excrémentitielle. Il y avait ordinairement dans les intestins grêles beaucoup de lombrics soit isolés, soit agglomérés; ils se trouvaient en moins grande quantité que chez les sujets qui mouraient de la fièvre muqueuse lente. Les gros intestins et surtout le cœcum contenaient parfois des vers trichurides. Les follicules mucipares de l'estomac, du duodénum et même aussi du jéjunum et de l'iléon étaient gorgés de mucus et devenus saillants. Près de la valvule de Bauhin, dans le cœcum et son appendice vermiforme, on remarquait fréquemment un grand nombre de follicules *sui generis*, agglomérés entre eux, formant de larges aréoles, ne s'élevant jamais en pointes isolées, en sorte qu'ils ne se distinguaient que par des points noirâtres qui indiquaient leurs orifices. Les gros vaisseaux iliaques et mésaraïques et la veine-cave ne contenaient que peu de sang[1].

Lésions du tube digestif sur les cadavres de ceux qui ont succombé à des fièvres assodes.

1982. Les lésions du tube digestif que Rœderer et Wagler ont constatées dans la fièvre aiguë muqueuse épidémique de Gœttingue, se sont toujours présentées à nous, avec les mêmes caractères, toutes les fois que nous avons eu occasion de disséquer les cadavres de sujets qui avaient succombé après avoir présenté les symptômes de la fièvre assode, soit simple, soit compliquée. Nous n'avons reconnu de diffé-

[1] J. G. Roedereri et Car. G. Wagleri, *Tract. de morb. mucoso*, in-12. Gœttingæ, 1783, p. 248. *Edent.* H. B. Wrisberg.

rences que sous le rapport de l'intensité des phénomènes dyspepsiques et de l'étendue des désordres inflammatoires: chez les uns la couche muqueuse plus ou moins mélangée de bile, occupait toute l'étendue du tube digestif, et coïncidait avec un développement plus ou moins prononcé de cryptes mucipares disséminées ou agglomérées; chez d'autres la couche muqueuse et bilieuse était très prononcée sur toute la longueur du tube digestif, et le développement des cryptes était peu marqué sur une partie de la longueur des intestins, tandis qu'il se trouvait très manifeste sur quelques parties d'une étendue restreinte par rapport à la grande surface revêtue par la couche muqueuse; enfin, dans quelques cas la couche de mucus plus ou moins mélangé de bile était peu prononcée, et la quantité des fluides muqueux et bilieux contenus dans le tube digestif était peu considérable, bien que la plus grande partie du tube digestif présentât une multitude de cryptes disséminées ou agglomérées tuméfiées. L'on explique facilement toutes ces différences par le degré et l'étendue variables de l'affection des cryptes mucipares et par les évacuations plus ou moins considérables qui ont entraîné hors du tube digestif une plus ou moins grande quantité de matières muqueuses et bilieuses déposées dans l'appareil gastro-intestinal.

Qualités physiques des fluides que produit la diacrise intestinale dans les fièvres assodes.

1983. En ce qui touche les qualités physiques de la couche mucoso-bilieuse qui revêt les parois du tube digestif après les fièvres assodes, on remarque aussi de nombreuses différences, non seulement quant à toute l'étendue du tube digestif, mais aussi quant aux différentes parties de l'appareil gastro-intestinal. Cette couche muqueuse est souvent dans l'estomac d'un blanc jaunâtre et d'une densité telle qu'elle simule une sorte de pseudo-membrane, tandis qu'elle est d'un jaune fauve ou grisâtre, ou rougeâtre dans les intestins, et si liquide qu'elle se détache facilement de la surface muqueuse; quelquefois elle est pénétrée par places de la matière colorante du sang, et participe ainsi

de l'aspect d'une sorte de produit hémorrhagique. Dans la plupart des cas le liquide épanché dans le tube digestif est mélangé avec de la bile jaune-verdâtre, et la couche muqueuse adhérente est fortement pénétrée par le produit de la sécrétion hépatique. La couche muqueuse et la masse liquide épanchée dans l'intestin sont le plus ordinairement très prononcées dans l'estomac, moins évidentes et moins considérables dans le duodénum et le jéjunum, et ensuite plus marquées dans l'iléon et le cœcum. La couche muqueuse adhérente manque assez fréquemment dans le colon et le rectum; et si elle se montre dans les gros intestins, elle est surtout évidente dans l'arc du colon; elle a quelquefois dans cet intestin l'apparence d'une couche aussi plastique, aussi solide qu'une fausse membrane; dans ce cas l'intestin est presque distendu par une grande quantité de matière mucoso-bilieuse.

1984. La présence d'une couche muqueuse ou plutôt mucoso-bilieuse à la surface villeuse du tube digestif, cet indice certain de l'existence préalable d'une diacrise gastro-intestinale, constante après les fièvres assodes, a été signalée par l'un des plus ingénieux et des plus savants praticiens de notre temps, M. Récamier qui l'a décrite en ces termes : « Dans les fièvres dyspepsiques saburrhales » muqueuses, on trouve la langue chargée d'un enduit » muqueux blanchâtre, grisâtre, jaunâtre, brunâtre, qui » l'invisque; et on trouve le même état sur la muqueuse » gastrique et même sur celle de l'intestin grêle, avec des » différences relatives à la situation de ces muqueuses et à » leurs rapports avec les aliments et les boissons pendant » leur mastication, pendant la digestion gastrique, et pen- » dant la digestion intestinale. De plus, dans l'intestin, » l'enduit muqueux dont je parle est coloré par la bile. » Dans les fièvres dyspepsiques bilieuses, ou par flux bi- » lieux, l'estomac et les intestins sont souvent inondés » par un fluide jaunâtre plus ou moins épais. La vésicule

» du fiel est remplie d'un fluide analogue très diffluent, » parfois presque incolore et tellement âcre que je l'ai vu » déterminer des ampoules sur les mains de celui qui fai- » sait l'autopsie[1]. »

Des lésions inflammatoires gastro-intestinales dans les fièvres assodes.

1985. Les désordres inflammatoires que nous avons trouvés après les fièvres assodes consistent dans quelques taches érythémoïdes d'un rouge plus ou moins foncé, ou d'un rouge brun, avec des degrés variables de ramollissement sur la membrane muqueuse. Ces taches occupent les parties du tube digestif où se trouvent en grand nombre les cryptes disséminées ou agglomérées, ou bien elles sont disséminées sur des régions de la muqueuse intestinale où ne se remarquent pas de cryptes tuméfiées. Dans d'autres cas les taches érythémoïdes de la membrane villeuse sont peu prononcées et même nulles, tandis que l'on trouve des cryptes disséminées ou agglomérées évidemment enflammées. Les altérations phlegmasiques des cryptes ne consistent qu'en une rougeur grisâtre du corps tuméfié de ces cryptes avec injection de vaisseaux capillaires plus ou moins étendus sur leur base; ou bien l'inflammation a atteint sur un plus ou moins grand nombre de ces follicules un degré suffisant pour déterminer de véritables érosions ulcératives.

Toutes ces différences dans les désordres intestinaux trouvés sur les cadavres n'apportent aucun changement à la nature réellement inflammatoire des lésions; elles n'indiquent que l'intensité et l'étendue variables de la phlegmasie et que son siège plus prononcé dans la trame cellulo-vasculaire de la membrane muqueuse ou dans les cryptes qui entrent dans sa structure.

Observations des anciens sur les lésions inflammatoires du tube digestif dans les fièvres assodes.

1986. La présence des phlegmasies gastro-intestinales dans les fièvres assodes, révélée par les lésions inflammatoires qui se trouvent sur les cadavres ou démontrée par une interprétation rationnelle des phénomènes morbides, était connue des médecins des derniers siècles. Nos obser-

[1] J. C. A. Récamier, *Recherches sur le trait. du cancer*, t. II, p. 625.

vations ne font que confirmer les conséquences dès leurs.

Il y a plus de deux siècles que Spigel constatait la présence de l'inflammation de la membrane muqueuse de l'estomac et des intestins par les ouvertures des cadavres après les fièvres hémitritées [1]. Quelques années plus tard Dom. Panarole reconnaissait à la dissection des cadavres de ceux qui succombaient à une fièvre rémittente semi-tierce épidémique, à Rome en 1649, l'inflammation des voies digestives; il en déduisait même l'indication de l'usage d'une méthode thérapeutique délayante contre cette maladie[2].

Dans une épidémie de fièvres hémitritées gastriques observée à Pise par Borelli, à la fin de l'été de l'an 1661, l'ouverture des cadavres faisait reconnaître une phlegmasie de l'estomac et des intestins. Le tube digestif était en outre rempli de bile et la vésicule du fiel en était distendue.

Henri Scréta, en l'année 1686, rapportait toutes les fièvres ardentes et malignes à la phlegmasie des viscères abdominaux et surtout à l'inflammation de l'estomac[3].

Manget, dans sa Bibliothèque de médecine pratique, publiée dans les dernières années du dix-septième siècle, invoquait et adoptait l'opinion de Sylvius de Le Boë, qui plaçait le siége des fièvres dans les intestins grêles; il justifiait cette doctrine en rapportant une observation sur une fièvre après la terminaison funeste de laquelle son père trouva les intestins enflammés. Il exprimait ensuite, en s'appuyant de l'autorité de Van-Helmont, que la lésion des premières voies dans ces maladies est une inflammation[4].

Baglivi, dans le commencement du dix-huitième siècle,

[1] Ad. Spigelii *op. omn.*, t. II, *de semitertiana*, lib. I. Amst. 1645.

[2] *Iatrologismorum, seu medicinalium observ. Pentecostæ quinque*; Romæ 1652, in-4°. Pentec. IV, obs. VIII.

[3] *De feb. castrensi maligna, seu molimen de corp. humani partibus inflamm.*; sect. I, § VIII, Scaphusii, 1686, in-8°.

[4] *Bibliotheca med. pract.*, t. II, lib. VI, p. 446, , in-fol. Genevæ, 1695.

rappelant les observations de Henri Screta, considérait sa doctrine comme était celle de Dioclès; il l'adoptait ensuite lui-même pour les fièvres assodes rémittentes, en reconnaissant la réalité de l'existence d'une inflammation gastro-intestinale dans ces fièvres et en attribuant tous les symptômes graves des fièvres hémitritées à l'inflammation gastrique[1]; il fondait surtout ces remarques sur le résultat de ses observations sur les maladies de l'épidémie de 1702; il considérait l'inflammation des viscères intestinaux comme due à l'altération des humeurs accumulées dans le tube digestif.

1987. La membrane muqueuse gastro-intestinale est souvent, après les fièvres graves, le siège de taches rouges et de suffusions sanguines qui se produisent aux approches ou au moment de la mort (1945). Les médecins habitués aux recherches d'anatomie pathologique ne confondent pas ces altérations avec les lésions véritablement inflammatoires, par suite desquelles la muqueuse gastro-intestinale est tuméfiée, ramollie ou érodée; elles en ont été distinguées il y a bien longtemps par Christophe Guarinoni, qui signalait dès l'an 1580 la fréquence de ces taches ou suffusions sanguines dans les intestins de ceux qui avaient succombé aux maladies fébriles [2].

**Des suffusions sanguines qui se produisent dans la muqueuse gastro-intestinale dans les fièvres assodes.**

Les suffusions sanguines intestinales se rencontrent souvent sur la membrane muqueuse dans les intervalles des marbrures érythémoïdes inflammatoires; il faut alors quelque attention pour les distinguer des altérations véritablement phlegmasiques; on les voit quelquefois occuper des points de la muqueuse qui sont tout à fait exempts de trace de phlegmasie, lors même qu'il existe des altéra-

[1] « Henricus Screta, Dioclis sententiam oblivione fere consepultam excitans, febres omnes ab inflammatione viscerum deducit. ».— « Maxime læthalis est hemitritæus ob ventriculi potissimum nervosæ suæ partis læsionem». (G. Baglivi, *prax. med.*, lib. I, cap. XII, p. 25. Venetiis, in-4°, 1761)

[2] *Consilia medicinalia in quibus universa praxis exacte pertractatur*, lib. II, sect. II. Venetiis, 1610, in-fol.

tions inflammatoires étendues sur d'autres points. Les cas dans lesquels les suffusions sanguines se rencontrent dans le tube digestif, sans qu'on y trouve de traces notables d'inflammation, sont rares; ils appartiennent plus spécialement aux embarras gastriques, ou encore aux fièvres assodes légères, pendant lesquelles la mort est arrivée par des accidents accessoires.

Des altérations qui surviennent dans les fièvres assodes dans des organes autres que le tube digestif.

1988. Après les lésions du tube digestif, constantes dans les fièvres assodes, nous n'avons trouvé sur les autres viscères, d'altérations morbides que celles qui se rapportaient aux complications qui avaient existé. Toutefois les organes abdominaux nous ont souvent présenté des altérations qui semblent se rattacher à la maladie dyspepsique, soit comme un phénomène de grande intensité de la maladie, soit comme des résultats des changements qui s'opèrent spontanément par le fait même de la mort dans les tissus des viscères abdominaux. La rate est quelquefois d'un volume plus considérable que dans l'état normal; son parenchyme est alors ramolli et presque diffluent, le sang qui le pénètre et les granulations qui le composent s'écoulent comme de la lie de vin, demi-fluide, à la surface des incisions faites dans son épaisseur. Le foie se montre souvent, surtout à son bord libre, et à sa face concave d'une teinte bronzée, quelquefois disséminée par taches; il ne nous a jamais paru tuméfié, et nous n'avons jamais trouvé soit dans son parenchyme, soit dans son appareil vasculaire aucune trace de phlegmasie; nous avons plusieurs fois vu les vaisseaux de cet organe gorgés d'un sang noirâtre, fluide, même dans des cas où l'appareil vasculaire de la veine-porte mésentérique n'était pas notablement gorgé de sang. Les canaux cholédoques sont souvent gorgés de bile, surtout dans les cas où le tube digestif contient une grande quantité de ce fluide, mêlé au mucus qui invisque, et quelquefois distend ses parois. Nous avons plusieurs fois trouvé le parenchyme hépatique ramolli et d'une teinte comme violâtre ou bronzée, et comme disséqué par

un véritable emphysème qui met en évidence les granulations qui le composent. Cet état du foie, qui se trouve aussi sur des cadavres de sujets qui n'ont eu qu'une simple dyspepsie nidoreuse (1975), est loin d'être constant; il se remarquait chez presque tous ceux qui succombaient à la maladie muqueuse de Goettingue; c'est lui qui a été décrit par Rœderer et Wagler sous le nom de *hepar acinosum* [1].

1989. Le mésentère est quelquefois dans un état de congestion très prononcé (1972), évident surtout dans tous ses vaisseaux veineux. Dans aucun cas, lors même que des cryptes ulcérées se trouvaient dans le tube digestif, nous n'avons rencontré les ganglions lymphatiques du mésentère enflammés. Cette dernière phlegmasie est au contraire constante, qu'il y ait ou non des ulcérations des plaques crypteuses ou des follicules disséminés, dans tous les cas où la maladie a pris le caractère typhode (1901).

**Altérations trouvées dans le mésentère après les fièvres assodes.**

1990. Les cadavres de ceux qui succombent à des fièvres assodes se putréfient ordinairement avec rapidité. Le phénomène le plus remarquable et le plus souvent observé de cette altération consécutive à la mort est l'infiltration de gaz dans le tissu cellulaire sous muqueux du tube digestif, d'où résulte le soulèvement par plaques irrégulières de la muqueuse de l'estomac et des intestins. Le siége de ces soulèvements emphysémateux de la muqueuse ne correspond pas aux points où cette membrane se trouve enflammée; il est probable que dans ces lieux le tissu cellulaire injecté et pénétré de sang par le fait de l'inflammation, a une densité plus grande que dans l'état normal, et n'est plus assez extensible pour se laisser distendre par les gaz; ou peut être aussi les conditions d'altération spontanée nécessaires pour que des gaz se dégagent après la mort dans le tissu cellulaire, ne peuvent-elles se produire dans les points où il a subi l'influence de l'inflammation. Le dégagement

**Lésions cadavériques dues à l'altération spontanée du corps après la mort.**

[1] « Omnis hepatis superficies ut et ipsum parenchyma incisum, elegantis« sime acinosa sunt. (*Loco cit.*, p. 241.)

des gaz dans le tube digestif est par fois si grand après les fièvres assodes, quelques heures après la cessation de la vie, qu'il détermine un météorisme considérable de l'abdomen, que l'on voit assez souvent commencer dans les derniers instants de l'agonie. Ce phénomène nous semble dû aux altérations spontanées qui se produisent dans les matières contenues dans le tube digestif, et à l'atonie de la couche musculaire des intestins qui ne leur permet plus de résister à l'expansion des fluides aériformes (1942).

De l'état du sang et des suffusions sanguines après la terminaison funeste des fièvres assodes.

1991. Le sang contenu dans les vaisseaux sur les cadavres après les fièvres assodes est liquide, et s'extravase par imbibition dans le tissu cellulaire qui forme la gaîne de ces vaisseaux. Les infiltrations qui en résultent s'étendent plus ou moins loin dans des lieux où le tissu cellulaire est lâche comme sous la peau des parois abdominales, dans le médiastin postérieur, dans le mésentère, dans le tissu cellulaire retrocœcal, dans les aréoles cellulaires des ligaments larges, etc. Presque toujours aussi le tissu des poumons vers leur sommet est pénétré et engoué de sang liquide.

Tous ces phénomènes qui se produisent à la fin de la vie, et après la mort, n'arrivent pas exclusivement chez ceux qui succombent aux maladies qui nous occupent; on les constate aussi souvent après des maladies aiguës d'une toute autre nature (1942, 1945), comme par exemple après des phlegmasies traumatiques graves. Ils paraissent se rapporter plutôt au caractère de maladies qui portent rapidement atteinte à la vitalité, qu'à la nature spéciale de l'état morbide; toutefois il importe de les signaler comme fréquents après les fièvres assodes graves, pour montrer à quel degré ces maladies influent sur l'organisation moléculaire des solides et des liquides.

Influence de l'état de l'atmosphère sur la production des altérations trouvées sur les ca-

1992. Nous avons constaté ces altérations sur les cadavres dans les conditions les plus opposées de température; il nous paraît cependant certain que la chaleur de l'atmosphère, habituellement élevée dans les saisons où se rencon-

trent le plus souvent les fièvres assodes, exerce de l'influence sur la rapidité et l'étendue de leur production, car c'est surtout dans les temps chauds et humides que toutes ces altérations se remarquent au plus haut degré.

davres après les fièvres assodes.

Du ramollissement de la membrane muqueuse gastro-intestinale après les fièvres assodes.

1993. Le ramollissement de la membrane muqueuse gastro-intestinale au contact de la matière mucoso-bilieuse épanchée en excès dans les voies digestives, surtout dans l'estomac (1966), se rencontre après les fièvres assodes plus souvent encore qu'après les dyspepsies nidoreuses simples; l'un des faits ci-dessus rapportés en a offert un exemple des plus marqués (1978).

Des altérations des organes, et spécialement des altérations du foie après les fièvres bilieuses des tropiques.

1994. Les désordres trouvés sur les cadavres de ceux qui succombent aux fièvres assodes endémiques sous les tropiques sont semblables à ceux que les ouvertures des cadavres font reconnaître dans nos contrées après les fièvres assodes intenses des saisons chaudes. On trouve presque toujours le tube digestif rempli d'un liquide mucoso-bilieux, plus ou moins abondant, et les parois gastro-intestinales présentant des taches ou des marbrures rouges ou brunâtres érythémoïdes la plupart inflammatoires, sur lesquelles on remarque parfois des vestiges d'ulcération, surtout dans les gros intestins, quand la maladie a débuté ou a été compliquée par des accidents dysentériques.

Le foie, dans un grand nombre de ceux qui succombent aux fièvres rémittentes des pays chauds, se trouve d'une couleur rouge violâtre foncée, passant quelquefois à la teinte brune; il est en même temps gorgé de sang au plus haut degré et ramolli dans son tissu. Cet état du foie se présente aussi fréquemment après les fièvres assodes de nos climats, quoique cependant il s'y rencontre moins communément que dans les fièvres des régions tropicales, dans lesquelles il est pourtant loin d'être constant. Dans les fièvres de Ceylan, H. Marshall ne l'a trouvé que dans la moitié des cas[1], il est noté moins souvent encore dans

[1] H. Marshall, *loc. cit.*, p. 114.

les observations d'Annesley sur les fièvres rémittentes du Bengale. On ne remarque ni dans ces contrées, ni dans les nôtres, aucun rapport nécessaire entre cet état du foie et la quantité ou les qualités de la bile contenue soit dans la vésicule du fiel, soit dans l'intestin. Ce liquide est quelquefois muqueux, d'autres fois très coloré et verdâtre; dans quelques cas il est brunâtre ou même presque noir. Ces divers états de la bile se remarquent également avec les différentes altérations du foie qui viennent d'être indiquées; toutefois, lorsque le foie est ramolli et altéré de manière à montrer ses granulations comme séparées et disséquées, comme cela se rencontrait surtout dans la fièvre muqueuse simple de Gœttingue (1988), la bile est ordinairement pâle, aqueuse, ressemblant à du mucus étendu d'eau.

Des congestions et des ramollissements qui occupent d'autres organes que les viscères abdominaux.

1995. L'état de congestion et de ramollissement des viscères des hypochondres ne se rencontre presque jamais, après les fièvres assodes, sans qu'on ne trouve des lésions analogues dans d'autres viscères; ainsi quand on le constate, les poumons sont en même temps ramollis et gorgés de sang violâtre, liquide; le cerveau, diminué de consistance dans son tissu, est ordinairement gorgé de sang noir et liquide dans tout son système artériel et veineux. Les glandes thyroïde et rénales sont souvent aussi en même temps, de même que le tissu cellulaire de différentes parties du corps, surtout celui qui enveloppe immédiatement les vaisseaux artériels et veineux, gorgées de sang fluide extravasé et infiltré dans leur trame (1991) ou distendant et rendant ainsi plus apparents leurs vaisseaux capillaires.

Altérations inflammatoires des viscères, autres que ceux de l'abdomen, après les fièvres assodes.

1996. Si le plus grand nombre des cadavres de ceux qui ont succombé aux fièvres assodes présentent des lésions évidemment inflammatoires dans la trame cellulo-vasculaire de la muqueuse gastro-intestinale et dans les cryptes mucipares du tube digestif (1985), il n'en faut pas moins reconnaître aussi que des lésions de même nature se trouvent fréquemment sur ces cadavres dans d'autres viscères que

ceux de l'abdomen. Ainsi, il n'est pas très rare d'y rencontrer de véritables phlegmasies dans les poumons, dans le tissu des reins, sur la muqueuse vésicale et plus rarement dans le cerveau. Ces phlegmasies ont souvent pu être annoncées par les symptômes qui se sont manifestés pendant la vie, tout comme les inflammations qui surviennent dans le cours de ces maladies dans le tissu cellulaire sous-cutané, tout comme celles qui ont leur siège dans la peau sous la forme de furoncles et d'érysipèles superficiels ou phlegmoneux, etc.

Toutes ces lésions inflammatoires présentent les caractères ordinaires des altérations phlegmasiques sur les cadavres. Leur étendue et les désordres qu'elles représentent sont en rapport avec l'intensité qu'avait l'inflammation au moment de la mort, et avec l'époque de leur manifestation plus ou moins voisine du terme fatal de la maladie.

**Art. III. Des rapports qui existent entre les symptômes des dyspepsies nidoreuses et des fièvres assodes et les lésions des organes dans ces maladies.**

1997. La nature des dyspepsies nidoreuses et des fièvres assodes, et les formes variées des accidents qu'elles occasionnent, ne peuvent être comprises que par les rapports des symptômes de ces maladies avec les lésions d'organes qui se rattachent à leur présence. Ces rapports servent à déterminer les conditions morbides constitutives de ces affections, et les effets immédiats de leurs causes proégumènes et procatarctiques; c'est en eux que se trouve la source des indications thérapeutiques sur lesquelles repose le traitement rationnel de ces maladies.

Nécessité de déterminer quels sont les rapports des symptômes des maladies assodes avec les lésions des organes.

1998. Tous les maîtres de l'art s'accordent pour rattacher à l'existence d'une affection gastro-intestinale ou gastro-hépatique les principaux accidents des maladies assodes; leurs opinions ne diffèrent que sur la nature de cette affection et sur ses rapports avec les phénomènes morbides gé-

Opinions des médecins sur la nature et l'importance de l'affection gastro-intestinale dans les fièvres assodes.

néraux. Pour les uns, l'affection gastro-intestinale consiste en une accumulation de saburrhes ou de produits de sécrétion viciés dans le tube digestif; pour d'autres, les saburrhes ne sont que le produit d'une condition morbide préalable du tube digestif, qui contribue plus qu'elles à la production de tous les accidents morbides.

Quant aux phénomènes généraux de ces maladies, les uns ne les considèrent que comme des symptômes de l'affection abdominale : c'était l'opinion du plus grand médecin de ce siècle, de Pinel, qui ne se prononçait point sur la nature de la lésion qu'il regardait comme l'origine de tous les accidents des maladies assodes : « Tout semble indiquer, disait-» il, que le siége principal des fièvres gastriques est dans le » conduit alimentaire, surtout l'estomac et le duodénum, » non moins que dans les organes sécréteurs de la bile et du » suc pancréatique[1]. » D'autres médecins n'y voient que le résultat d'une condition morbide générale, dont l'affection gastro-intestinale n'est elle-même qu'un résultat.

Il est possible, dans l'état actuel de la science, d'apprécier la valeur de ces doctrines; la nature et la forme des accidents morbides et la connaissance des lésions constatées sur les cadavres permettent de déterminer rationellement les causes prochaines de tous les phénomènes primitifs ou secondaires qui se montrent dans ces maladies.

Opinions des auteurs qui regardent les saburrhes comme les causes immédiates des maladies assodes.

1999. La doctrine qui rapporte la production des maladies assodes à la présence des saburrhes dans le tube digestif et à l'action de ces matières sur les organes gastro-intestinaux est bien ancienne, on la retrouve presque à toutes les époques de l'art; elle était formellement admise par Hippocrate lorsqu'il attribuait tous les accidents de ces maladies à la stase de matières bilieuses et âcres dans les intestins, et la cessation ou la persistance des symptômes morbides à l'évacuation ou à la rétention de ces matières[2].

[1] *Nosog. phylos.*, t. I, p. 90, 5e édit. Paris., 1813.

[2] *De prisca med.*, sect. I, p. 17. Edent Fœsio.

Alexandre de Tralles exposait comment des médecins de son temps déduisaient cette doctrine sur la cause prochaine des fièvres assodes, de l'appréciation rationnelle des principaux phénomènes de ces maladies, et surtout de l'effet immédiatement utile de l'exonération de l'appareil gastro-intestinal par les évacuations 1. Stahl, comme les médecins dont Alexandre de Tralles invoquait l'autorité, rejetait l'opinion de ceux qui rapportaient la cause directe des fièvres assodes bilieuses à la formation de la bile dans le sang, exprimant que la cause matérielle de ces fièvres se trouve dans l'estomac et les intestins [2]. Boerhaave précisait davantage la nature de l'état saburrhal dans ces maladies en le présentant comme lié, moins à la présence des matières déposées dans le tube digestif, qu'à l'état d'altération de ces produits de sécrétion [3] (2015). Borsieri, adoptant l'opinion de la plupart des auteurs, attribuait aussi la cause prochaine des maladies assodes à la présence des saburrhes dans le tube digestif, et la production des accidents généraux de ces maladies à l'action de ces matières résorbées sur le sang [4].

[1] « Nonnulli vero medicorum nullam prorsus in venis putredinem fieri, sed « magis in ventre existimarunt. Ejus autem rei fidem faciunt, tum ex vermi» bus quæ in eo generantur, tum ex recrementis subductis, quæ et malum odo» rem, et ad putredinem nihilominus inclinationem representent. Indicant » hoc quoque vomitus, inquiunt, qui crebro tam perfecte febres excide» runt, ut æger non amplius mali accessionem non sit expertus; jam alias » rursus a febre liberatos ex una et sola sorbitione, vel injectione conspexisse, » verum non ex his modo, sed aliis quoque multis accurate videre licet, quod » in ventre etiam febrium ex putredine ortarum causa existat, forsan autem » aliarum quoque fons, et origo ipse proprie existit. » (*Libri medici.* Lib. XII, cap. 2. Lutetiæ. 1590.)

[2] *De febri bilio. disput. ad cura. morb.* Colleg. Haller; t. V.

[3] « Excrementum corruptum febrile ex humoribus prius sanis circa præ» cordia ludit suas tragœdias : ita ut per talem febrilem excandescentiam » mutatum, et quasi venenatum factum, præcordiisque affixum producat » morbos cerebrum afficientes, dolores capitis et deliria immania, quæ » excremento hoc ablato sanantur. (*Prælect. de morbis nervosis*, p. 460.)

[4] « Scriptores febrim gastricam appellarunt quæ originis sedem in imo ventre » habeat, et a cacochylia, sive a pravis corruptis, putridisque materiebus » succisque primas vias infestantibus, et sensim in sanguinem irrepentibus

Tissot disait que les fièvres gastriques naissent primitivement de la cacochylie intestinale [1].

Des auteurs qui ont séparé l'influence topique des saburrhes sur le tube digestif de celle que produit la condition pathologique des organes sécréteurs.

2000. De nos jours, Curt. Sprengel, tout en rapportant les fièvres assodes à la présence des saburrhes gastro-intestinales, a défini ce qu'on doit entendre par les saburrhes, et comment elles peuvent s'accumuler dans le canal alimentaire. « Nous n'entendons pas, dit-il, par fièvres gastriques les fièvres dans lesquelles il existe des signes de saburrhe, mais l'espèce de fièvre qui provient de l'influence des saburrhes (*quod ab incitamento sordium nascitur*)... Nous appelons saburrhes toutes les matières impures ou altérées formées ou déposées dans le tube digestif : de la bile versée en trop grande quantité dans le duodénum ou l'estomac ou y séjournant à l'état de bile corrompue et âcre; du mucus qui enduit naturellement les intestins, abondant et dégénéré en pituite; des sucs gastriques ou pancréatiques dépravés, ou de la pituite en trop grande quantité et contenant des lombrics, ou des restes d'aliments mal digérés et corrompus, ou enfin, ce qui est le plus ordinaire, des produits de sécrétions dépravées provenant de l'irritation des premières voies [2] ». Ce passage de Curt. Sprengel résume exactement la doctrine que nous admettons sur l'origine des saburrhes gastro-intestinales, nous pensons seulement que ce savant médecin, comme la plupart des anciens, attribue à l'action topique des saburrhes une trop grande importance; il rapporte aux seuls effets de la présence des saburrhes une influence qui appartient à la condition pathologique dans laquelle se trouvent les organes sécréteurs qu'il mentionne au surplus sous le nom d'irritation des premières voies. Cette condition morbide constitue la diacrise gastro-intestinale dont les saburrhes sont principalement le produit.

» gignatur, quæque alvi dejectionibus cum spontaneis, tum arte promotis
» levetur et solvatur. (*Inst. med. pract.*, vol. II, § CCCXXVIII, p. 141.)

[1] *Feb. bili. Lausann.*, p. 13.

[2] *Instit med.*, vol. VI, *Path. speci.*, vol. I, cap. XI, §§127 et 128, p. 143.

2001. Tous les pathologistes qui, comme Curt. Sprengel, tiennent compte de l'état d'altération des fonctions des cryptes mucipares, et des glandes hépatique et pancréatique, comme cause première des accidents des fièvres assodes, n'ont fait encore qu'adopter des opinions admises avant eux. Richter indiquait évidemment ce mode de lésion gastro-intestinale quand il disait que les fièvres gastriques sont produites par une diaphorèse intestinale [1]. Doemling s'est particulièrement approprié cette doctrine dans ses recherches anatomo-pathologiques sur les fièvres gastriques, en faisant voir que les saburrhes gastro-intestinales ne sont qu'un résultat de l'altération des sécrétions des cryptes mucipares et des glandes abdominales [2].

Causes prochaines des maladies assodes.

2002. La diacrise active d'une aussi grande quantité d'organes sécréteurs disséminés dans le tube digestif et des glandes annexes du tube intestinal si volumineuses et si vasculaires, est la cause prochaine des principaux accidents des maladies assodes. Cette diacrise rend d'abord les fonctions digestives impossibles en altérant la quantité et les qualités des fluides par l'intermédiaire desquels ces fonctions s'accomplissent; elle occasionne ainsi tous ces symptômes de malaise général, de débilité, de douleurs contusives des membres, de crampes, de céphalalgie, etc., qui se produisent toujours quand ces fonctions s'accomplissent mal ou se suspendent, comme on peut le voir lorsqu'ils se produisent avec les mêmes formes, dans les plus simples indigestions, de même que dans les dyspepsies nidoreuses les plus légères.

La diacrise gastro-intestinale est nécessairement liée à une plus vive irritabilité de tout le tube digestif, et à une plus grande activité dans la circulation capillaire de tous ses organes sécréteurs; l'organisme éprouve nécessairement

[1] Febres gastricæ sudore intestinali gignuntur. (*Specielle therapie*, vol. 1, p. 285.)

[2] *Dissert. sistens morb. gastr. anato. path.*, in-4°, Wirceb, 1797.

aussi l'influence de ces dernières conditions morbides (1616). C'est là la cause prochaine de cet état de souffrance gastro-intestinale si marqué dans ces maladies; état local d'un grand appareil qui produit des phénomènes généraux réactionnels, comme nous les voyons déterminés dans toutes les diacrises actives des organes sécréteurs importants (1617), dont les glandes mammaires nous offrent un exemple si prononcé dans la fièvre de lait symptômatique de la turgescence sécrétoire des glandes galactopoiétiques.

Du siège des affections gastro-intestinales dans les dyspepsies nidoreuses et les fièvres associées.

2003. Les altérations des organes dans les dyspepsies nidoreuses n'occupent le plus ordinairement qu'une partie des intestins grêles, et principalement l'iléon; souvent l'estomac et le duodénum sont seuls affectés; quelquefois elles s'étendent à une partie des gros intestins; rarement elles siègent dans la totalité du tube digestif avec des degrés variables d'intensité dans ses différentes portions.

Les symptômes de la maladie ont des rapports avec ces divers sièges des altérations dans les différentes parties des voies gastro-intestinales. Lorsque la lésion morbide n'occupe que l'estomac et le duodénum, les symptômes sont ceux de l'embarras gastrique bilieux ou muqueux des auteurs (1713). La dyspepsie nidoreuse présente les accidents de l'embarras gastro-intestinal lorsque la lésion du tube digestif s'étend de l'estomac jusqu'à la fin des intestins grêles, ou même dans les gros intestins; elle présente les symptômes de l'embarras intestinal lorsqu'elle siège dans la fin des intestins grêles et dans les gros intestins.

2004. Quel que soit son siège et quelque grande que soit son étendue, l'altération des organes qui appartient essentiellement aux dyspepsies nidoreuses consiste toujours dans une altération de sécrétion des cryptes mucipares du tube digestif. Cette diacrise muqueuse se caractérise par le développement et la tuméfaction des cryptes mucipares gastro-intestinales (1589), et par la production de mucus plus ou moins liquide remplissant en quantité variable le

tube digestif (1949 *et sqq.*), ou adhérent à ses parois sous la forme d'une couche d'un blanc jaunâtre ou grisâtre, visqueuse (1951, 1956). Cette altération constitue essentiellement la dyspepsie nidoreuse; elle ne peut être considérée comme un effet ou un épiphénomène de la maladie, car il y a une connexion étroite entre elle et tous les phénomènes qu'elle présente; ces symptômes, qui sont tous des accidents diacritiques, existent dès le début de l'état morbide et durent autant que lui.

Symptômes qui se rapportent à la lésion des fonctions digestives dans les dyspepsies nidoreuses.

2005. Le premier effet de la diacrise muqueuse gastro-intestinale est l'altération des fonctions digestives, résultat nécessaire des changements de qualité et de quantité des fluides sécrétés dans l'appareil gastro-intestinal. Ce trouble fonctionnel s'annonce par l'anorexie et la perception d'une saveur amère ou muqueuse dans la bouche, par les éructations nidoreuses, par des flatuosités fétides, et par un sentiment de gêne, de pesanteur à l'épigastre et même par des douleurs tormineuses dans les intestins (1710). Tous ces accidents augmentent lorsqu'on provoque par l'ingestion des aliments l'action de l'appareil digestif; ils résultent de la présence dans les voies gastro-intestinales de produits muqueux et bilieux en trop grande quantité ou de qualités anomales, possédant peut-être aussi des propriétés toxiques nuisibles pour la muqueuse gastro-intestinale. L'élaboration gastrique des aliments et des boissons, l'élaboration intestinale de la masse chymeuse sont modifiées, et les produits anomaux qui en résultent ajoutent à la surcharge du tube digestif et aggravent les accidents. C'est de ces lésions que proviennent les éructations nidoreuses, les excrétions insolites par les vomissements et par les selles habituellement observées dans ces maladies.

Causes immédiates des symptômes des dyspepsies nidoreuses qui ont leur siége dans la bouche.

2006. Soit que la diacrise gastro-intestinale ait pour résultat d'exercer, par suite de la connexion synergique qui existe entre les sécrétions buccales et intestinales, pour l'accomplissement des différents actes organiques qui con-

courent à la digestion, une influence sur les sécrétions bucco-pharyngiennes, soit parce que la cause prochaine de la maladie agirait à la fois sur tout le système crypteux du tube digestif, les follicules mucipares bucco-pharyngiens prennent part à l'affection gastro-intestinale; on le voit par la sécrétion des fuliginosités jaunâtres, blanches, visqueuses et comme caséeuses qui arrive sur la langue et sur les dents. C'est à cette altération de sécrétion des cryptes muqueuses buccolinguales, que se rapporte la perception d'une saveur nidoreuse et amarescente habituelle dans ces maladies.

Rapports des symptômes de terminaison des dyspepsies nidoreuses avec les lésions gastro-intestinales.

2007. Les terminaisons si fréquemment observées des dyspepsies nidoreuses par des vomissements ou par des évacuations alvines spontanées, sont en rapport avec les altérations gastro-intestinales diacritiques. Ces évacuations sont le moyen par lequel le tube digestif se débarrasse de la surcharge qu'il éprouve par suite de la diacrise de ses organes sécréteurs (1705). Si cependant la diacrise persiste, les produits altérés se reproduisent; dans ce cas, les évacuations spontanées ne marquent qu'une diminution temporaire des accidents (1715, 1728).

Causes prochaines des symptômes bilieux des dyspepsies nidoreuses.

2008. La diacrise muqueuse gastro-intestinale est souvent accompagnée d'une augmentation dans l'activité de la sécrétion hépatique. Cette coïncidence est le résultat de la connexion fonctionnelle normale qui existe entre le tube digestif et ses glandes annexes. Dans ces cas, l'on trouve sur les cadavres une grande quantité de bile dans les canaux hépatiques et dans le tube digestif; les symptômes sont alors ceux que les auteurs ont assignés aux embarras gastro-intestinaux qu'ils ont qualifiés de bilieux (1713). C'est à cette forme de la maladie que se rapporte comme symptôme l'ictère d'abord léger des conjonctives que nous offraient la plupart des malades dans la constitution épidémique de l'année 1839 (1926). Cet ictère s'étendait aux ailes du nez, à la face et souvent à tout le corps.

L'ictère est un des phénomènes les plus communs de ces

maladies; il n'est presque jamais porté au degré où on le trouve dans les maladies hépatiques proprement dites; il diffère surtout de ce dernier par sa coïncidence avec une augmentation du flux bilieux dans les intestins. La réunion d'une véritable diacrise bilieuse à la diacrise muqueuse gastro-intestinale (1560), rend très bien compte des régurgitations et des vomissements bilieux, et des selles de même matières plus ou moins abondantes, qui se montrent le plus souvent dans les embarras gastriques et gastro-intestinaux bilieux.

Rapports des qualités des saburrhes avec les symptômes des maladies dyspepsiques.

2009. Les ouvertures des cadavres font reconnaître dans les matières contenues dans le tube digestif après les dyspepsies nidoreuses des qualités différentes, qui ont des rapports si immédiats avec les symptômes de la maladie, qu'on peut même les indiquer par le seul fait de la présence de ces symptômes. Ainsi, dans les cas où la dyspepsie nidoreuse n'a donné lieu qu'à des excrétions muqueuses insolites, comme cela se remarquait, par exemple, dans l'épidémie de Gœttingue (1917), on trouve le tube digestif rempli d'une grande quantité de mucus occupant une étendue plus ou moins grande de sa longueur (1981), tandis que si les excrétions ont donné issue à des liquides fortement mêlés de bile, on trouve le tube digestif contenant une grande quantité de fluide bilieux. Dans ce dernier cas, les voies hépatiques sont aussi ordinairement remplies d'une grande quantité de bile (1984); que si les phénomènes muqueux ont été au contraire prédominants, on rencontre souvent les voies cholédoques ne contenant qu'une petite quantité de bile décolorée et comme aqueuse (1994).

Causes prochaines des embarras intestinaux proprement dits.

2010. Lorsque la diacrise muqueuse a son siège dans la fin des intestins grêles et même dans les gros intestins, on observe moins de dérangement dans les fonctions digestives. L'anorexie, la perception d'une saveur amère à la bouche sont alors ordinairement peu prononcées, tandis que les douleurs gravatives autour de l'ombilic, les coliques, les

douleurs lombaires et les selles diarrhéiques prédominent. Tous les praticiens savent que les malades qui sont dans cet état prennent souvent, sans répugnance, des aliments dont la digestion ne devient difficile qu'un certain temps après leur ingestion, lorsque après avoir été élaborés dans l'estomac ils arrivent dans les dernières parties du tube digestif. Cette forme de la dyspepsie nidoreuse qui constitue l'embarras intestinal des auteurs (1712, 1718), correspond à la diacrise limitée à la dernière portion des intestins grêles et au commencement des gros intestins. Les symptômes ont alors un rapport direct avec le siège spécial de la maladie; ce sont des coliques, des douleurs gravatives plus ou moins obtuses dans l'abdomen, et enfin des selles molles à demi diarrhéiques qui montrent que la digestion commencée et accomplie dans l'estomac ne se continue pas et ne s'achève pas normalement dans les intestins.

Rapport des symptômes généraux avec l'état du tube digestif dans les dyspepsies nidoreuses.

2011. La suspension ou l'altération de la digestion, ou même simplement une certaine difficulté dans l'accomplissement de cette fonction, sont toujours accompagnées d'une résolution des forces, d'accablement, de céphalalgie, de vertiges, etc., d'un sentiment erratique de frisson, d'une agitation qui rend le sommeil imparfait ou troublé, et même d'un certain degré d'état fébrile. Ces symptômes arrivent journellement dans les simples indigestions. Par ces mêmes motifs, l'imperfection et le trouble des fonctions digestives déterminent les mêmes accidents dans les dyspepsies nidoreuses (1721). Leur production est encore dans ce cas rendue plus facile par l'anxiété abdominale, et même par les douleurs gavatives et tormineuses gastro-intestinales qui sont l'effet immédiat de la lésion morbide dont les organes digestifs sont le siège.

Causes prochaines des symptômes pyrétiques dans les maladies associées.

2012. Une affection gastro-intestinale qui occupe toujours une étendue plus ou moins grande du tube digestif, est nécessairement suivie de la production de phénomènes morbides généraux plus ou moins prononcés. Les produits de

la sécrétion crypteuse gastro-intestinale altérée, les résidus imparfaitement élaborés des digestions sur la muqueuse du tube digestif, la souffrance même que le malade éprouve dans l'abdomen, l'activité que la circulation capillaire, nécessairement mise en jeu par l'action topique qu'exercent les matières viciées, quelque peu irritante qu'elle soit sur une membrane aussi vasculaire et aussi étendue que la muqueuse gastro-intestinale, suscitent nécessairement des symptômes de souffrance générale dans l'organisme (1711, 1715). Ces phénomènes ne sont que l'effet de la connexion normale des voies gastro-intestinales avec toute l'économie, et de l'influence qu'exerce nécessairement une grande fonction accomplie par des organes aussi remarquables par leur étendue que par la prépondérance de l'appareil vasculaire qui entre dans leur structure. Aussi ces phénomènes généraux se trouvent-ils, même chez des personnes bien portantes, par suite de la stimulation gastro-intestinale et de l'activité plus grande des actes de la digestion, provoquées par l'ingestion d'aliments en quantité insolite ou doués de propriétés stimulantes. Si l'on veut bien se rendre compte de ces accidents et de l'intensité qu'il acquièrent assez souvent, il ne faut pas oublier de joindre à l'influence des causes immédiates qui les provoquent, celle qui résulte de l'état d'orgasme sécrétoire plus ou moins étendu de tout le système crypteux abdominal. Cet orgasme, dont la tuméfaction et même l'injection vasculaire des cryptes sont les caractères anatomiques qui se trouvent sur le cadavre, a nécessairement une action puissante sur tout l'organisme. Cette action, semblable à celle que produirait une véritable phlogose gastro-intestinale étendue, contribue beaucoup à la production de l'état fébrile plus ou moins erratique et rémittent qui se montre dans les dyspepsies nidoreuses, puisque si cet état des cryptes est fortement prononcé, la maladie remarquable alors par l'intensité des phénomènes réactionnels, dépasse le degré d'une dys-

pepsie nidoreuse simple et prend la forme de fièvre assode (1752 *et sqq.*). C'est ainsi que nous concevons, dans les dyspepsies nidoreuses, le rapport des symptômes généraux, tels que le malaise, la courbature, le sentiment de faiblesse, les frissons erratiques, les mouvements fébriles plus ou moins marqués, etc., avec les altérations gastro-intestinales diacritiques.

De la cause immédiate de l'état cachectique qui se montre dans les dyspepsies prolongées.

2013. On ne peut aussi méconnaître qu'il existe nécessairement dans les dyspepsies nidoreuses et les fièvres assodes un rapport entre les lésions fonctionnelles digestives incontestables, d'après les altérations gastro-intestinales constatées, et les principaux phénomènes généraux qui se montrent dans les fonctions d'assimilation, dès que ces maladies sont intenses et prolongées. Ainsi, la pâleur du malade, la teinte jaune semi-ictérique des ailes du nez et ensuite de toute la peau, un aspect de bouffissure générale, des éruptions chroniques qui se forment sur la peau, des suppurations qui s'établissent sur les plaies les plus légères; en un mot, cet état général, quelquefois si grave quand il se prolonge, que l'on a désigné sous le nom de cachexie muqueuse, vermineuse, état morbide que l'on a tant d'occasions d'observer parmi les populations pauvres et mal nourries; tous ces phénomènes qui montrent que les moyens de réparation de tous les tissus et des fluides sont insuffisants et viciés, sont le résultat de l'imperfection des fonctions digestives inhérente aux lésions des dyspepsies nidoreuses. Il faut regarder aussi comme hors de doute que dans ce cas là, par suite de la présence des altérations gastro-intestinales dyspepsiques, la surface muqueuse des voies digestives devient nécessairement la source de l'absorption de principes de mauvaise nature, de chyle imparfaitement élaboré et mêlé de produits de sécrétion destinés dans l'état normal à être modifiés ou excrétés. Là se trouve l'origine des symptômes d'ictère, des modifications des urines, des sueurs, de l'odeur fétide de l'haleine, des

phlegmasies secondaires, des suppurations faciles et exagérées des plaies de ceux qui ont des dyspepsies nidoreuses, etc. Ces phénomènes ainsi considérés peuvent être rapportés à un véritable état humoral secondaire, dont l'origine se trouve dans le mauvais état des fonctions digestives.

Causes prochaines de l'état général de dyscrasie qui survient au dernier terme des maladies assodes

2014. L'organisme ne peut supporter longtemps l'influence d'un état morbide qui interrompt et détériore une grande fonction aussi importante que celle de la digestion, sans que la nutrition de toutes ses parties n'en soit profondément altérée. Cet état général secondaire se reconnaît par tous les symptômes cachectiques qui se manifestent au plus haut degré des maladies assodes. Dans les derniers instants de la vie, il se montre par l'extrême débilité dans laquelle tombent les malades, par l'amaigrissement général, par la faiblesse du pouls et l'anémie des capillaires, et par les suffusions sanguines qui surviennent quelquefois dans les tissus. Après la mort il se reconnaît encore par la rapide décomposition des tissus (1990), par le ramollissement et la disgrégation moléculaire des viscères dans lesquels le sang pénètre en plus grande quantité, comme le foie et la rate (1988); par la liquéfaction du sang dans tout l'appareil vasculaire, par sa transsudation et son infiltration dans les gaînes celluleuses des artères (1991). Toutes ces altérations ne sont que les résultats de l'état de dyscrasie que la maladie a préparé par le trouble fonctionnel qu'elle occasionne.

2015. On voit que nous ne rapportons pas seulement les symptômes des dyspepsies nidoreuses à la présence des produits diacritiques dans le tube digestif, ainsi que le faisaient les galénistes, et comme le professaient Boerhaave (1999) et Van-Swieten[1]; nous tenons compte aussi de l'état

[1] « Hæret aliquando in morbis aliquid circa præcordia, quod venenata » quasi vi, omnes vires uno momento prosternit, et quamdiu ibi hæret, » summam debilitatem facit, quamvis nulla jactura liquidorum prægressa » fuerit, neque observabilis ulla mutatio in liquidis solidisque partibus cor- » poris reliquis inveniatur, cui subito nata debilitas attribui posset.

d'orgasme sécrétoire de toute la muqueuse gastro-intestinale; cet état d'orgasme représenté par la tuméfaction et l'injection capillaire des cryptes mucipares (1957 *et sqq.*, 2011), est lié à la plus active sécrétion gastro-intestinale, il provoque par lui-même des phénomènes morbides en devenant le point de départ de symptômes réactionnels (1616, 2012). Il est le premier degré, le point de départ réel de la phlegmasie dont les cryptes mucipares deviennent le siège, quand la maladie augmente d'intensité et prend le caractère de fièvre assode continue (1982, 1986).

Rapports des symptômes des fièvres assodes aux lésions gastro-intestinales.

2016. Les symptômes principaux des fièvres assodes sont les symptômes des dyspepsies nidoreuses joints à un état fébrile rémittent ou continu (1834 *et sqq.*). Cet état fébrile qui distingue seul ces maladies des simples dyspepsies, varie par son intensité et par les différences qu'il présente dans les symptômes réactionnels qui le constituent. On n'y reconnaît le plus souvent qu'un simple trouble des fonctions de l'appareil de la circulation, qui varie d'intensité à certaines époques du jour, et s'aggrave par exacerbations; mais il présente quelquefois en même temps des épiphénomènes qui sont tantôt des accidents nerveux, tantôt des lésions morbides locales affectant des organes plus ou moins importants. Les ouvertures des cadavres après ces maladies fébriles font reconnaître en même temps les altérations qui se rapportent aux différentes formes des dyspepsies nidoreuses, et la présence de phlegmasies de la membrane muqueuse gastro-intestinale, occupant soit la trame cellulo-vasculaire de cette membrane, soit ses cryptes mucipares.

Les rapports des symptômes dyspepsiques proprement dits avec les altérations diacritiques gastro-intestinales sont les mêmes dans les fièvres assodes que dans les dyspepsies

» bile circa præcordia hœrente, non tantum convulsiones, sed et syncopen » ortam fuisse observavit Galenus, excussa hac saburrha per vomitum; » cessabant omnia hæc mala ». (Van-Swieten, *Comment. in Boerh. aph.*, t. II, p. 271 et 272.)

nidoreuses simples (2005 *et sqq.*); ils sont d'autant plus prononcés que la dyspepsie nidoreuse, élément primordial et constitutif de la maladie pendant tout son cours, prédomine à un plus haut degré. Les symptômes pyrétiques se rattachent aux altérations inflammatoires érythémoïdes et crypteuses gastro-intestinales, ou à des altérations phlegmasiques développées comme épiphénomènes dans différents organes pendant le cours de la maladie (1982 *et sqq.*).

2017. Les altérations inflammatoires gastro-intestinales dans les fièvres assodes se trouvent dans la trame cellulo-vasculaire de la muqueuse gastrique ou dans les cryptes mucipares qui entrent dans la structure de cette membrane. L'inflammation de la trame cellulo-vasculaire du tube digestif constitue un véritable érythème gastro-intestinal, depuis la phlogose caractérisée par une simple injection vasculaire capilliforme de la muqueuse, disposée par taches ou par marbrures plus ou moins circonscrites, jusqu'à la phlegmasie intense, annoncée par des taches brunâtres avec épaississement et ramollissement de la muqueuse, et quelquefois avec des érosions plus ou moins prononcées (1985). L'inflammation des cryptes mucipares gastro-intestinales varie depuis la tuméfaction avec injection vasculaire peu prononcée de ces cryptes, qui n'est que le summum de l'état d'orgasme sécrétoire (1616), jusqu'à la tuméfaction avec ramollissement et ulcération des cryptes (1982).

Causes des différents degrés d'intensité des fièvres assodes déduites des lésions gastro-intestinales qui existent dans ce maladies.

2018. L'état saburrhal joint à l'état de phlogose de la muqueuse gastro-intestinale ou de ses cryptes mucipares se rapportent à la forme la plus légère des fièvres assodes, c'est à dire la fièvre dyspepsique éphémère (1733 *et sqq.*), ou les fièvres assodes rémittentes peu intenses (1742 *et sqq.*). Dans toutes ces fièvres les symptômes dominants sont les symptômes des dyspepsies nidoreuses simples, et si les malades viennent à succomber par des accidents accessoires, la lésion gastro-intestinale prédominante est celle des dyspepsies simples jointe à la phlogose érythémoïde

de la muqueuse ou des cryptes mucipares disséminées ou agminées du tube digestif.

2019. Si la fièvre assode légère persiste pendant un certain temps sans prendre un caractère de plus grande gravité, les altérations saburrhales sont prédominantes et étendues (1984), la phlogose gastro-intestinale n'est pas plus prononcée et les symptômes n'ont pas subi d'autres changements que ceux qui se rapportent à la prépondérance de cet état général chronique qui constitue l'état muqueux ou bilieux des auteurs. On reconnaît dans cet état par les symptômes, et sur les cadavres par les lésions, une hypersécrétion avec tuméfaction de toutes les cryptes mucipares du tube digestif depuis la région bucco-pharyngienne jusqu'à la fin du tube digestif. Les symptômes généraux prédominants sont les phénomènes de prostration et de cachexie qui résultent de la prolongation d'une imperfection des fonctions digestives (1807, 1812, 2014).

2020. Si la fièvre assode est plus intense et se caractérise surtout par des accidents pyrétiques rémittents, on trouve constamment une phlegmasie érythémoïde plus ou moins étendue de la muqueuse du tube digestif, ou une inflammation, portée sur quelques points jusqu'à l'ulcération, d'un nombre plus ou moins considérable des cryptes tuméfiées. Cette phlegmasie explique la tension de l'abdomen, les douleurs tormineuses ou gravatives que le malade y ressent; elle rend compte de l'état fébrile plus prononcé, et des accidents réactionnels plus intenses que dans les fièvres assodes éphémères, ou que dans l'état muqueux chronique où les sympômes fébriles sont fugaces et peu marqués (1812). La description de la fièvre muqueuse de Gœttingue (1916) et des lésions gastro-intestinales qui lui appartenaient (1981), fait bien connaître les rapports des symptômes avec ces lésions gastro-intestinales. Dans cette fièvre les symptômes dyspepsiques étaient prédominants et les ouvertures des corps faisaient reconnaître avec un

excès de matières muqueuses saburrhales dans le tube digestif, une tuméfaction prononcée de presque toutes les cryptes mucipares intestinales, une phlegmasie de la plupart, et l'ulcération d'un certain nombre.

2021. Les altérations gastro-intestinales ont un rapport immédiat avec la plupart des accidents graves des fièvres assodes intenses. Ces accidents graves consistent dans une grande violence des symptômes pyrétiques comme dans les fièvres ardentes des auteurs (1849), ou dans des symptômes de trouble considérable du sytème nerveux, comme dans les fièvres assodes ataxiques (1831), ou enfin dans des phénomènes d'adynamie, comme dans les fièvres assodes graves qui simulent des typhus ou qui menacent de se convertir en véritables typhus (1901).

Causes prochaines des accidents des fièvre ardentes.

2022. La grande intensité des symptômes pyrétiques des fièvres assodes ardentes, coïncide avec la violence considérable et la grande étendue de la phlegmasie gastro-intestinale. On le reconnaît à la forme même de ces symptômes qui ne diffèrent pas essentiellement de ceux qui se rapportent à la gastrite ou la gastro-entérite ordinaires, si ce n'est par la coïncidence des symptômes dyspepsiques proprement dits, lesquels dans ces cas précèdent et accompagnent toujours tous les autres accidents de la maladie. Ces symptômes, qui se rapportent à la phlegmasie érythémoïde ou crypteuse étendue et intense du tube digestif, sont les vomissements, la soif ardente, la sécheresse, l'injection et même l'état de véritable phlogose de la muqueuse linguale et bucco-pharyngienne, les vives douleurs épigastriques, le météorisme du ventre ou au moins la tension de cette partie du corps, les douleurs tormineuses plus ou moins intenses, etc. Nous avons montré ci-dessus que les anciens connaissaient bien l'existence des phlegmasies gastro-intestinales dans les fièvres assodes intenses (1986); ils ne méconnaissaient pas davantage le rapport de ces phlegmasies avec les symptômes graves de ces maladies. « On ne

» rencontre presque jamais, dit Vallesius, une de ces fièvres » ardentes intenses, dans lesquelles la langue est *brûlée*, et » dans lesquelles surviennent des excrétions alvines li» quides *cuites*, qu'il n'y ait prééminence de quelque » phlegmon ou affection érysipélateuse, ou au moins phlo» gose des viscères. Ces lésions se reconnaissent à la tension, » à la tuméfaction, à la douleur ou à la chaleur vive des » parties qui correspondent au siège de l'organe affecté[1]. »

Causes de la forme bilieuse des fièvres assodes.

2023. La sécrétion hépatique est assez souvent augmentée dans les fièvres assodes et il n'est pas très rare de les voir présenter l'ictère comme un de leurs symptômes les plus saillants. Les symptômes dyspepsiques ont dans ce cas la forme spéciale de l'embarras gastrique bilieux des auteurs (1713) et le flux de bile est quelquefois si intense que la maladie offre comme épiphénomène des déperditions de bile par les vomissements et les excrétions alvines (1876, 1890). Dans ces cas qui sont ceux des fièvres bilieuses rémittentes et continues des auteurs, et spécialement ceux des fièvres rémittentes bilieuses des régions tropicales (1775), la phlogose a le plus souvent son siège dans le duodénum, et se propage quelquefois aux canaux cholédoques. La douleur épigastrique, la soif vive qu'éprouvent alors les malades, la tension des hypochondres, sont les symptômes qui se rapportent à cette forme particulière de la maladie gastro-intestinale (1994).

Causes prochaines de l'inflammation du foie épiphénoménique des fièvres assodes.

2024. Dans les fièvres assodes rémittentes ou continues des régions tropicales, comme dans celles même qui se manifestent dans nos climats dans les saisons chaudes, il faut ajouter à ces symptômes ceux qui se rapportent à un certain degré de subinflammation ou même de phlogose du foie, et surtout des canaux excréteurs du foie. Ces symptômes sont alors joints à ceux qui dépendent de la présence de la phlegmasie de la muqueuse gastro-intestinale et de l'état d'embarras saburrhal des premières voies.

[1] Vallesius, 3 *in epid. Hip.* N° 1.

C'est un fait d'observation que la manifestation de la sécrétion exagérée d'un organe glanduleux par suite de la seule présence d'une surexcitation, et plus encore d'une phlogose sur la surface où vient se déposer le produit sécrété. La lésion glanduleuse dans ces cas ne se borne pas toujours au simple état d'orgasme diacritique qui se rapporte à l'activité insolite de la sécrétion, elle s'élève souvent à l'état de phlogose de l'organe sécréteur. C'est ce qui arrive relativement au foie dans les fièvres assodes intenses que l'on a qualifiées de gastriques bilieuses; c'est alors que se montrent les symptômes réels d'une affection hépatique qui deviennent les épiphénomènes dominants de la maladie. Ces symptômes sont l'augmentation de volume du foie, la tension et la douleur de l'épigastre et des hypochondres, la teinte ictérique prononcée de tout le corps, les vomissements, les selles bilieuses, etc. [1].

2025. Les accidents nerveux des fièvres assodes graves sont à la fois en rapport avec l'irritabilité du système nerveux chez les sujets affectés et avec les lésions viscérales qui appartiennent à ces fièvres. Chez les malades très irritables, les accidents nerveux surviennent dans toutes les affections qui occupent des organes étendus, et dans lesquels la vitalité est très active, surtout quand ces maladies s'accompagnent d'un trouble fébrile qui exagère encore la susceptibilité de tout le système nerveux. La simple dyspepsie nidoreuse est déjà par elle-même, chez ces sujets, la cause

Causes immédiates des accidents nerveux des fièvres assodes graves.

[1] Schmidtmann a bien reconnu cet état secondaire du foie dans les fièvres » assodes et les symptômes qui s'y rapportent : « Nemo sane serio ambiget, » quin in febre biliosa hepar potissimum morbose affectum sit, atque ex ejus » excitatione perversa bilis tam abnormi quantitate, quam qualitate secer- » natur. Ex hac hepatis passione verisimiliter pendet sensus caloris, reple- » tionis, oppressionisque in hypochondriis et præcordiis, nec non aucta » harum partium sensibilitas, sic dictum punctum biliosum atque infanda » anxietas, quæ nonnunquam febrem biliosam comitantur. Neque absonum » mihi esse videtur assumere, jecur talibus sub circumstantiis in statu sub- » inflammatorio versari. » (*Summa observatio. med. ex praxi trigenta anno. depromp.*, vol. III, p. 303.)

de phénomènes nerveux plus ou moins intenses. Les douleurs céphalalgiques, les vertiges, un état d'agitation et d'anxiété, l'agrypnie, etc., ne sont que des symptômes de cette nature. Si ces accidents, habituellement modérés, sont cependant quelquefois intenses dans les simples dyspepsies nidoreuses (1722), faut-il s'étonner de les trouver avec une plus grande intensité dans les fièvres assodes (1824 *et sqq.*), où le tube digestif n'exerce pas seulement une influence prononcée sur tout l'organisme par l'état de diacrise qui a son siège dans sa cavité, mais où l'organisme ressent en même temps les effets d'une phlegmasie érythémoïde ou crypteuse de la muqueuse gastro-intestinale, si étendue et si vasculaire.

2026. La doctrine que nous exprimons ici sur le rapport des accidents nerveux avec les lésions gastro-intestinales des fièvres assodes, nous semble bien établie, quand nous considérons la multiplicité et souvent l'intensité de ces accidents chez quelques sujets dans ces maladies (1721, 1722, 1824 *et sqq.*), même lorsqu'elles n'ont que peu de gravité et sont d'une nature facile à déterminer, comme, par exemple, dans des dyspepsies nidoreuses simples ou des fièvres assodes éphémères, provoquées par de simples indigestions, déterminées par l'ingestion d'aliments en trop grande quantité ou de mauvaise qualité. On conçoit facilement la production des accidents nerveux dans ces cas, quand on réfléchit avec quelle facilité le système nerveux peut être ébranlé dans tout l'organisme par toutes les souffrances locales qui ont leur siège sur des organes très irritables et d'une grande étendue. Curt. Sprengel a adopté cette doctrine et l'a développée dans le passage suivant, qui nous semble assez important pour être textuellement rapporté : « L'accumulation des saburrhes dans le tube digestif agit tellement sur le système nerveux, qu'elle brise ses forces ou l'excite d'une manière anomale. C'est ainsi qu'il est démontré que surviennent les défaillances, les résolu-

» tions nerveuses, les vertiges, les dérangements de la
» vision et même l'amaurose, la surdité, la perte de
» la parole. Les écrits des observateurs rapportent des
» exemples d'apoplexies, d'états soporeux, de catalepsies,
» de spasmes variés, d'épilepsies, d'affections hystériques,
» de palpitations de cœur, de rétentions des menstrues,
» par la seule turgescence saburrhale. On a aussi rapporté
» aux mêmes causes des douleurs tormineuses, rhumatis-
» males, arthritiques, et enfin des dérangements des fa-
» cultés intellectuelles, comme la mélancolie, l'ana-
» mnésie, et même la fureur maniaque[1]. » Quelques uns des faits que nous avons rapportés sont des exemples de cette influence incontestable de l'état morbide diacritique du tube digestif sur le système nerveux (1827, 1830). C'est lorsqu'elle existe que les fièvres assodes ont ces caractères que les médecins ont attribués aux fièvres gastriques nerveuses.

Causes prochaines des symptômes de prostration des forces dans les fièvres assodes.

2027. Les symptômes de prostration des forces (1843) ont aussi, dans les fièvres assodes, des rapports immédiats avec l'affection des organes abdominaux; ils sont à la fois déterminés par les lésions diacritiques du tube digestif, par le trouble fonctionnel qui en résulte et par les divers degrés de la phlegmasie de la muqueuse gastro-intestinale; nous les trouvons toujours, en effet, avec une intensité variable, dans les troubles des fonctions digestives, même les moins graves, tels que les simples indigestions; on les observe dans les simples dyspepsies nidoreuses, sous la forme de la courbature générale, de l'abattement, des vertiges, de l'inaptitude à tous les actes de la vie de relation; ils sont également habituels dans les gastro entérites simples. Toutes ces causes réunies concourent à les produire dans les fièvres assodes, où se trouvent en même temps les lésions constitutives de l'état saburrhal, celles de la phlegmasie gastro-intestinale érythémoïde et crypteuse, l'imperfection des digestions qui ne fournissent plus à l'organisme les

[1] Curt. Sprengel, *Inst. med.*, t. VI; *Path. speci.*, t. I, p. 149, § 134.

moyens de réparation des forces indispensables à l'exercice des fonctions de relation, et de plus dans beaucoup de cas des déperditions par des excrétions anomales.

Rapports immédiats de la phlegmasie gastro-intestinale avec des symptômes déterminés des fièvres assodes.

2028. Nous avons démontré (1986) que la présence des inflammations gastro-intestinales dans les fièvres assodes est un fait reconnu depuis bien longtemps dans la science. Parmi les auteurs qui l'ont signalée, les uns ont trouvé en elle l'origine de tous les symptômes de ces maladies; les autres y ont reconnu au moins la cause immédiate des principaux et des plus graves de leurs symptômes.

Ainsi pour Henry Screta les fièvres assodes, comme toutes les autres fièvres, n'étaient que les phénomènes de phlegmasies des viscères (1986). Dans cette doctrine tous les symptômes des fièvres assodes se rapporteraient uniquement aux phlegmasies gastro-intestinales.

Pour Baglivi, les fièvres ne doivent à l'inflammation gastro-intestinale que les symptômes graves qui leur ont fait donner l'épithète de malignes, et cette inflammation peut n'être elle-même que le résultat de l'action exercée sur la muqueuse du tube digestif par les saburrhes gastro-intestinales[1].

2029. Cette doctrine est évidemment celle que nous avons vu professer avec tant d'éclat par Broussais, et qui a eu une si grande influence sur la médecine de l'école de

[1] Cette doctrine ressort des passages suivants relatifs aux fièvres hémitritées graves évidemment dyspepsiques que Baglivi observait à Rome : « A » duabus potissimum causis malignas has febres pendere observavi, ab in» flammatione viscerum et apparatu pravorum, crudorumque humorum in » primis viis, vel in massa sanguinis. Quando enim tales febres in hypochon» driacis sunt, studiosis et stomacho debili laborantibus ; si nimium excan» descant triumviratus humores, vel bilis ipsa vesiculæ felleæ ; tali modo tur» batur œconomia naturalis, ut statim apparere videbis linguæ ariditatem, » pulsus exiguos, extremorum frigus, anxietates et alia id genus, quæ ma» lignam febrim denotarent, sed reverà non sunt malignitatis effectus, verum » stomachi ab exaltato humore irritati, lacessiti, afflicti ; qua cessante irrita» tione, et stomachi indignatione composita, præfata cessant accidentia..... » ...Inter has febres præcipuæ sunt, quas veteres vocarunt Tritæophias, Hæmi» tritæos, Typhodes, Assodes, Elodes, Lypirias, Epialas. Graves profecto......

Paris. Elle repose, comme on voit, sur l'existence incontestable, reconnue depuis longtemps (1986), des phlegmasies gastro-intestinales pendant le cours des fièvres assodes intenses; elle consacre même une conséquence aussi incontestable des observations cliniques, savoir, que la présence des phlegmasies considérées comme cause immédiate de phénomènes réactionnels, détermine les plus graves symptômes dans les fièvres assodes que les anciens désignaient, d'après les formes variées et la marche particulière de leurs accidents, sous les noms de fièvres gastriques muqueuses, bilieuses, putrides; sous les dénominations de trytéophies, hémitritées, lypiries, causus, fièvres ardentes, etc.

Importance de la phlegmasie gastro-intestinale dans les fièvres assodes.

2030. Envisagée de ce point de vue restreint, cette manière d'interpréter les phénomènes des maladies par les lésions gastro-intestinales ne peut soulever d'objections fondées. Mais elle perd ce caractère d'exactitude quand on considère ces phlegmasies comme les lésions primitives et essentielles des maladies fébriles qui nous occupent. Ces phlegmasies ne sont en réalité que le plus haut degré de l'altération de sécrétion primitive des cryptes mucipares gastro-intestinales; ou bien elles surviennent comme le résultat accidentel de l'action des causes immédiates de ces maladies et de l'influence exercée sur l'économie animale par une

» quæ vulgo malignitati, sed falso adscribuntur. Adscribi potius debent, vel
» inflammationi internæ..., vel cacoetico humorum apparatui in primis viis
» aut in massa sanguinis...... Hæmitritæus ab erysipelate intestinorum te-
» nuium oritur ex Spigelio, qui de illa optime disserit... Læditur præ cæteris
» in hac febre ventriculus...... maxime læthalis est ob ventriculi potissimum
» nervosæ suæ partis læsionem.... febres omnes continuæ, quæ tertio quoque
» die exacerbantur cum accessione graviorum malorum aut sunt tritæophiæ,
» aut semitertianæ... In urbe tamen Româ non ita raræ, semperque prima-
» rum viarum apparatus, et putris nimium congesta cacochymia, easdem
» aut parit aut comitatur.... Inter malignas ratione vehementissimæ inflam-
» mationis ventriculi numeratur lypiria febris, in qua interiora uruntur, ex-
» teriora frigent.... Nam inflammatoria ventriculi crispatura universorum,
» ut ita dicam, vasorum ac fibrarum systema crispat, convellitque, etc. (Ba-
» glivi *praxeos med.* lib. 1, p. 24, 25 et 26, Venetiis, 1761, in-4°.)

diacrise qui compromet la grande fonction qui prépare et crée tous les moyens de réparation et de conservation de la texture normale de tous les organes. C'est pour ces motifs que, tout en admettant avec les anciens que nous avons cités et avec les modernes qui ont adopté la doctrine de Broussais, que les phlegmasies gastro-intestinales constantes dans les fièvres assodes d'une certaine intensité, ont un rapport direct de cause à effet avec la plupart des symptômes graves de ces maladies, nous n'en considérons pas moins la dyspepsie nidoreuse comme le point de départ des accidents, et les phlegmasies qui se développent dans le tube digestif comme des phénomènes secondaires qui viennent ajouter leurs symptômes à ceux de la diacrise gastro-intestinale primitive (1852). Ces symptômes sont graves en eux-mêmes et par l'étendue des lésions phlegmasiques auxquelles ils se rapportent; ils le sont davantage encore parce qu'ils viennent s'ajouter aux effets d'une lésion diacritique grave par elle-même et par la nature et par l'importance des fonctions qu'elle compromet (1848).

De la restriction à apporter à la doctrine qui fait dépendre les accidents graves des fièvres assodes de la phlegmasie gastro-intestinale.

2031. On voit par tous les rapprochements qui viennent d'être établis entre les symptômes graves des fièvres assodes intenses et les lésions gastro-intestinales diacritiques et inflammatoires, que nous faisons une large part à la doctrine de l'école moderne, qui rapporte tous les phénomènes de ces maladies à l'affection du tube digestif. Cette doctrine avancée d'abord par Baglivi et adoptée par Pinel qui l'a surtout introduite dans la science, exige des restrictions. Tous les symptômes graves de ces fièvres ne sont pas comme le retentissement de la souffrance des organes de la digestion. La doctrine des anciens qui admettaient un état humoral, soit primitif soit secondaire, dans ces maladies, et qui attribuaient à cet état général une partie des accidents qu'elles déterminent, ne nous paraît pas devoir être tout à fait rejetée (2013). Nous avons insisté sur les

symptômes ictériques, qui se montrent dans beaucoup de ces maladies, et sur cet état cachectique général également évident chez un grand nombre de ceux qui ont des dyspepsies nidoreuses et des fièvres assodes; ces phénomènes bien interprétés peuvent sans doute s'expliquer dans beaucoup de cas par l'état de souffrance du tube digestif et par l'imperfection des digestions, qui en est le résultat; mais ils n'en constituent pas moins des phénomènes qui, considérés en eux-mêmes, n'ont pas un siège local puisqu'ils indiquent évidemment une altération générale soit de l'assimilation, soit de la composition des humeurs.

De la cause prochaine de la diacrise gastro-intestinale dans les fièvres assodes.

2032. On a interprété de différentes manières la production des accidents diacritiques, qui se montrent quelquefois dans des maladies assodes dans lesquelles les symptômes abdominaux proprement dits n'ont pas une grande intensité. La doctrine la plus ancienne sur ce point, est celle d'Hippocrate[1], que Galien a longuement développée; c'est celle que Grimaud professait dans le dernier siècle. Cette doctrine consistait à admettre dans tout l'organisme une tendance évidente à la production de produits bilieux ou muqueux. Cette tendance, variable dans son intensité, n'aurait dans l'état de santé aucun inconvénient, parce que ces produits seraient évacués à mesure qu'ils se forment par les organes sécréteurs qui seraient leurs émonctoires naturels. Il suffirait de l'établissement d'une condition générale qui rendrait la tendance à la production de ces éléments bilieux ou muqueux disproportionnée à l'action des émonctoires, pour qu'il en résultât d'une part un état général caractérisé par la très grande abondance de ces éléments des sécrétions dans toutes les humeurs; et d'autre part, une hypersécrétion insolite des organes sécréteurs destinés à les éliminer, hypersécrétion qui deviendrait la cause immédiate de la maladie de ces organes sécréteurs. Cettte opinion dans laquelle rentre la

[1] *De morbis*, lib. I, edent. Foësio, p. 498.

doctrine de la polycholie de Stoll, nous semble hypothétique. Elle suppose d'abord démontré ce fait physiologique très contestable, que les éléments des humeurs sécrétées se trouveraient tout formés dans le sang; elle méconnaît ensuite ce fait d'observation journalière que ce n'est qu'après les phénomènes morbides locaux de perturbation des fonctions des sécréteurs abdominaux que se manifestent les symptômes généraux, qui se rapportent immédiatement à une altération de la crase des humeurs. Elle est contraire à cette autre observation que les phénomènes généraux manquent souvent, même dans des cas où la diacrise des organes qu'on considère comme des émonctoires, existe à un degré très prononcé.

Cette hypothèse nous semble déduite comme corollaire trop général de ce fait d'observation qu'il existe chez certains sujets, soit sans cause appréciable, soit pour l'influence de causes déterminées, une prédisposition prononcée au développement des diacrises abdominales qui ajoute beaucoup à la puissance des causes productrices de ces maladies et à l'intensité des symptômes qu'elles occasionnent.

Cause prochaine de l'état cachectique général des fièvres assodes.

2033. Nous considérons comme plus probablement vraie la doctrine adoptée surtout par Borsieri[1], Macbride[2], et Curt. Sprengel[3], qui regarde les symptômes cachectiques généraux comme en partie déterminés par la résorption dans le tube digestif des matières saburrhales qui s'y produisent par l'élaboration imparfaite des substances ingérées comme aliments, et par les sécrétions muqueuses, bilieuse, et pancréatiques altérées. Les effets immédiats de cette résorption sont la teinte ictérique plus ou moins prononcée de la peau dans les formes bilieuses des fièvres assodes, la sècheresse des téguments, la mollesse des

[1] *Instit. med. pract.*, vol. II, § CCCXXVIII, p. 141.
[2] *Introd. in prax. et theo. med.*, l. II, cap. IX, p. 69.
[3] *Instit. med. pract.*, t. VI. *Path. speci.*, I, p. 149, § 134.

chairs, la bouffissure, l'aspect de décoloration des téguments dans les fièvres assodes muqueuses. Nous pensons avec Borsieri que l'intensité des phénomènes pyrétiques, dans beaucoup de ces fièvres assodes, où les symptômes de souffrance abdominale sont peu développés, est en grande partie un effet de cette résorption des saburrhes gastro-intestinales. Les phlegmasies locales extérieures (1863) ou profondes (1867) qui surviennent comme épiphénomènes dans ces maladies ne sont que l'effet de l'influence des principes qui pénètrent ainsi dans l'organisme par la surface gastro-intestinale naturellement organisée pour une absorption facile de tous les fluides qui y sont déposés. Dans les fièvres assodes graves qui se terminent quelquefois par la mort, l'issue funeste de la maladie est surtout occasionnée par cette intoxication par résorption gastro-intestinale, d'autant plus qu'il n'y a pas en général de rapport constant entre la gravité de la maladie et la gravité des désordres gastro-intestinaux.

Cause prochaine de la conversion des fièvres assodes en typhus.

2034. Le passage des fièvres assodes à l'état de fièvre typhode qui constitue l'un des modes de terminaison fâcheuse de ces maladies par métaptose (1901) est aussi pour nous en grande partie le résultat de la résorption gastro-intestinale. Il est vrai de dire que souvent des causes extérieures de nature à faire naître le typhus, viennent joindre leur action à celles qui occasionnent les fièvres assodes elles-mêmes, comme on le voit dans les épidémies de ces maladies sur les sujets qui sont placés dans des conditions qui les exposent à l'influence de principes septiques; mais il n'en faut pas moins tenir compte de ce fait, que pendant tout le cours d'une fièvre assode grave la grande surface absorbante de la membrane muqueuse gastro-intestinale se trouve en contact avec des matières viciées nées des sécrétions crypteuses exagérées et altérées, avec des matières chymeuses mal élaborées, avec des gaz septiques qui se dégagent dans les changements que subissent toutes

ces matières dans le tube digestif, enfin avec des produits de phlegmasies quand la membrane muqueuse devient le siège d'ulcérations. Toutes ces matières saburrhales qui parcourent avec lenteur l'immense surface absorbante du tube alimentaire y constituent une véritable source de principes septiques qui pénètrent dans les secondes voies. Ces causes d'intoxication agissent d'autant plus efficacement pour convertir la maladie en typhus, qu'elles ne deviennent considérables et par conséquent puissantes que lorsque la maladie est déjà arrivée à un haut degré d'intensité et a déjà exercé une grande influence débilitante sur l'organisme; et enfin que les malades sont souvent, par l'effet même des dyspepsies nidoreuses simples qui ont précédé la maladie pyrétique, pendant un temps plus ou moins long, dans un état d'adynamie occasionné par l'imperfection prolongée des fonctions digestives.

### Art. IV. Etiologie des dyspepsies nidoreuses et des fièvres assodes ou dyspepsiques.

Division générale des causes des dyspepsies nidoreuses et des fièvres assodes.

2035. Les causes sous l'influence desquelles les dyspepsies nidoreuses et les fièvres assodes deviennent imminentes ou se manifestent, se trouvent dans des conditions propres aux individus, ou dans des circonstances extérieures qui agissent sur l'organisme. L'effet immédiat de ces causes explique leur mode d'action, et comment elles préparent ou occasionnent la manifestation des maladies qui nous occupent. L'étiologie de ces maladies comprend l'histoire de toutes ces différentes conditions pathogéniques; elle est ainsi divisée :

1° Exposition des causes des dyspepsies et des fièvres assodes qui sont propres aux individus ou qui agissent sur des individus isolés.

2° Exposition des causes générales qui sont extérieures aux personnes effectées et qui agissent en même temps sur un grand nombre d'individus.

§ I. *Des causes des dyspepsies nidoreuses et des fièvres assodes qui sont propres aux individus, ou qui agissent sur des individus isolés.*

2036. Les embarras gastriques et gastro-intestinaux et les fièvres gastriques sont le plus souvent observés chez des adultes ; ils sont fréquents depuis le commencement de l'âge viril [1] jusqu'à la fin de l'âge médian de la vie.

Influence des âges sur la production des dyspepsies nidoreuses et des fièvres assodes.

On rencontre quelquefois ces maladies dans la première enfance, surtout par suite d'une lactation trop substantielle, et dirigée de manière à occasionner fréquemment des indigestions par une trop grande quantité de lait, trop chargé de principes alibiles. Cette remarque, que la pratique confirme journellement, appartient à Ettmuller [2]; nous y ajouterons que l'administration d'aliments solides ou trop stimulants à des enfants trop jeunes encore pour les digérer facilement est une cause non moins puissante de la production de ces maladies. Parmi les aliments que l'on a l'habitude de donner aux enfants du premier âge, les substances féculentes, souvent imparfaitement cuites, sont ceux dont l'usage a le plus souvent cet effet fâcheux. La facilité avec laquelle les jeunes enfants contractent des dyspepsies nidoreuses par l'ingestion d'aliments qui surchargent le tube digestif, nous montre la facile production d'une diacrise gastro-intestinale dans un âge où l'appareil digestif a une grande irritabilité due à l'activité de la circulation dans ses tissus ; cette condition physiologique rend toujours ces maladies plus graves par la facilité avec laquelle la simple diacrise s'élève jusqu'à l'état de phlegmasie de la muqueuse du tube digestif.

Il n'est pas très rare d'observer les maladies assodes sur des personnes déjà avancées en âge et même parvenues à la vieillesse, surtout chez celles qui ont un certain embonpoint, qui mènent une vie trop sédentaire ou qui sont affaiblies par des passions tristes (2044), ou bien qui sont sou-

[1] Baumes ; *Traité des fièvres rémittentes ;* t. I, p. 144.
[2] *Dissert. valetudi. infantile systens.*

mises à l'usage habituel d'aliments féculents et trop aqueux (1980)[1]. Toutefois il est certain que ces maladies sont plus rares chez ces personnes que chez celles qui sont dans l'âge médian de la vie; en sorte que l'on peut dire que les dyspepsies nidoreuses, et surtout celles de ces maladies qui atteignent le degré de fièvres gastriques, sont en général des maladies de l'âge adulte et de l'âge moyen.

Dans les épidémies et les endémies où les causes extérieures ont assez d'activité pour occasionner seules la maladie et ne laissent aux causes individuelles qu'une action proégumène, qui serait insuffisante pour la produire, on observe en même temps les affections dyspepsiques chez des sujets de tout âge[2]. Dans l'épidémie de Gœttingue (1917), la maladie affectait également les adultes et les vieillards; les enfants ne furent même pas épargnés, et la maladie chez eux était le plus souvent funeste. Dans l'épidémie de Lausanne, la maladie affectait de préférence les femmes, les enfants et les vieillards (2059).

Influence des sexes sur la production des maladies assodes.

2037. Il est assez difficile de déterminer l'influence des sexes sur la production des maladies saburrhales et des fièvres gastriques. Ces maladies doivent souvent leur origine à des causes extérieures ou à des circonstances qui agissent plus spécialement sur différentes classes de personnes de l'un ou de l'autre sexe; on ne peut ainsi attribuer à l'influence des sexes la fréquence relative de la maladie chez les divers sujets affectés. On ne peut déduire l'appréciation de cette influence que de la constitution propre à chaque sexe.

La vie habituellement sédentaire et passée dans les habitations, expose moins les femmes que les hommes à l'action de toutes les causes extérieures qui peuvent produire les maladies assodes; le régime habituel des femmes, dérangé par moins d'excès, devrait rendre ces maladies d'autant

[1] Stoll; *Aph. sur la connais. et la curation des fièvres, trad. de P. A. Mahon*; *aph.* 376.

[2] Schmidtmann; *Summa obs.*, etc., t. III, p. 311.

plus rares chez elles que les dérangements de régime en sont les causes occasionnelles les plus fréquentes ; cependant ces maladies se montrent peut-être plus fréquemment chez les femmes que chez les hommes, comme Tissot l'a remarqué à Lausanne en 1755 : c'est que le tempérament lymphatique plus commun chez les femmes, la lenteur plus grande de leurs digestions, la moins grande activité des fonctions de la peau et la facilité avec laquelle se produisent les flux diarrhéiques, sont des causes prédisposantes actives de ces maladies ; c'est que l'irritabilité des femmes, toujours plus grande que celle des hommes à recevoir les impressions morales et mêmes physiques, les expose à de plus fréquentes perturbations des fonctions des sécréteurs.

2038. Les auteurs ont généralement signalé comme prédisposant surtout aux affections saburrhales la constitution lymphatique, principalement marquée par la lenteur des digestions, la laxité des chairs, un état d'obésité prononcée[1], la pâleur et la sécheresse habituelles de la peau. Cette constitution serait une prédisposition immédiate aux dyspepsies et aux fièvres muqueuses, tandis que le tempérament bilieux prédisposerait surtout à la forme bilieuse de la maladie.

Influence des constitutions individuelles sur la production des maladies assodes.

Nous ne doutons pas que ces états constitutionnels, dans lesquels les sécrétions muqueuses et bilieuses sont habituellement prépondérantes, ne favorisent la production des dyspepsies nidoreuses et des fièvres assodes ; toutefois on voit dans les temps où règnent ces maladies un si grand nombre de sujets de tempéraments différents, qui en sont affectés, qu'il est permis de penser que la prédisposition constitutionnelle des individus ne joue dans beaucoup de cas qu'un rôle secondaire dans la production de ces maladies. Nous ne pourrions néanmoins rejetter absolument les dispositions proégumènes constitutionnelles à contracter les dyspepsies nidoreuses et les fièvres assodes, sans méconnaître les observations des praticiens qui s'accordent tous à les reconnaître ; ainsi Fontanus, cité par

[1] Schmidtmann ; *Summa obs.*, etc., t. III, p. 375.

Baumes qui adoptait son opinion, considérait comme une cause prédisposante efficace de ces maladies l'affaiblissement et la lenteur des fonctions digestives et sécrétoires qui résultent d'une vie oisive, joints à l'effet continu d'un régime alimentaire trop stimulant; c'est par ces motifs qu'il regardait comme prédisposés aux maladies qui nous occupent, les gens de cour, les ecclésiastiques, les jeunes femmes qui jouissent de toutes les commodités d'une vie passée dans l'opulence[1]. Il est évident que chez tous ceux qui vivent dans ces conditions, les fonctions digestives rendues souvent difficiles par une alimentation trop stimulante et trop substantielle, sont habituellement lentes et souvent incomplètes; elles s'accomplissent avec une véritable souffrance du tube digestif, marquée par des éructations, une douleur gravative à l'épigastre, de la tension du ventre, un sentiment de langueur générale, et de fréquentes diarrhées stercorales. On conçoit facilement que cet état du tube digestif, renouvelé presque tous les jours, prédispose directement aux altérations de sécrétion gastro-intestinales, et par suite à la fièvre assode.

Des aliments qui prédisposent spécialement aux maladies assodes.

2039. L'habitude des aliments formés de la substance des animaux a été considérée par beaucoup d'auteurs comme prédisposant d'une manière plus spéciale aux maladies assodes. P. Frank s'est élevé contre cette opinion; il rapporte qu'en réunissant un certain nombre de cas particuliers de fièvres gastriques, il trouva que le plus grand nombre affectait des sujets qui ne se nourrissaient point habituellement de chair, c'était plutôt des personnes qui usaient d'aliments indigestes; c'est surtout parmi les pauvres qui n'ont qu'un régime végétal qu'il observait ces maladies[2]. Ces faits prouvent que l'usage des aliments indigestes, peu réparateurs, de mauvaise qualité, prédispose à ces maladies, surtout chez les pauvres, où se trouvent réunies toutes les causes qui résultent d'une mauvaise hy-

[1] Fontanus cité par Baumes; *Traité des fièvres rémittentes*, t. I, p. 144.
[2] *Epit. de curandis hom. morbis*, t. I, in gen. II.

giène habituelle; mais il n'en est pas moins vrai que ces maladies sont aussi souvent occasionnées par un régime contraire qui expose l'estomac à l'action habituelle d'une excitation vive occasionnée par l'ingestion d'aliments stimulants de haut goût, assaisonnés de matières grasses et aromatiques. Ce régime des gens qui jouissent dans l'oisiveté de toutes les commodités de la vie est rendu plus nuisible encore chez eux par le défaut d'exercice et par les excès de table et de boissons.

Influence de la qualité des aliments sur la production des maladies dyspepsiques.

2040. La surcharge habituelle des organes digestifs par des aliments d'une difficile digestion, et surtout par des aliments de mauvaise qualité, comme les viandes gâtées, les légumes avariés, ou d'une élaboration difficile et en réalité peu nutritifs, comme sont les aliments farineux des pauvres, prédispose de la manière la plus directe aux maladies dyspepsiques; c'est ainsi que dans l'épidémie du Tecklenbourg, Finke observait que l'explosion de la maladie arrivait surtout chez ceux qui faisaient usage d'une nourriture grossière pendant qu'ils se livraient à de pénibles travaux sans se soumettre à des précautions hygiéniques [1]. C'est évidemment à l'influence de ces circonstances que nous devons le plus grand nombre des embarras gastro-intestinaux et des fièvres assodes que nous observons chaque année pendant l'été et l'automne chez les manouvriers qui travaillent exposés aux intempéries de l'atmosphère, ou dans des ateliers mal aérés et souvent humides.

Des indigestions comme causes des maladies dyspepsi-

2041. La surcharge accidentelle des organes digestifs peut occasionner l'explosion subite des dyspepsies nidoreuses et des fièvres gastriques. C'est de cette manière que ces maladies sont quelquefois subitement produites par des excès de table insolites, par suite desquels les organes digestifs ont subi la surcharge d'aliments de bonne qualité, mais portés en trop grande quantité dans leur cavité.

Certaines substances alimentaires difficilement élabo-

[1] *Loc. cit.*, p. 12.

rées par l'appareil disgestif, ou qui exercent sur ses organes une action nuisible par leur nature, produisent les embarras gastro-intestinaux et les fièvres gastriques, tels sont les moules, les œufs de brochet, le poisson gâté, les champignons même non-vénéneux, etc. (2048).

Effets immédiats de l'action des causes des dyspepsies nidoreuses et des fièvres gastriques.

2042. L'action de toutes ces causes dans la production des maladies assodes est toujours facile à constater. Les symptômes de la dyspepsie nidoreuse, dans ces cas là, se manifestent quelques heures après l'ingestion des aliments, mal appropriés par leur quantité ou par leurs qualités à la susceptibilité des organes digestifs; ils persistent jusqu'à ce que le canal alimentaire se soit débarrassé des matières imparfaitement élaborées qui le surchargent, par les vomissements ou par les évacuations alvines (1706). C'est cette maladie assode, le plus souvent éphémère, que J. Frank appelle fièvre gastrique primitive, par ingestion d'aliments trop copieux ou de mauvaise qualité [1]; elle ne présente souvent que les symptômes d'une dyspepsie nidoreuse, mais quelquefois aussi, quand le tube digestif est fort irritable comme cela arrive surtout chez les enfants, ou s'il s'agit de sujets chez lesquels les accidents fébriles surviennent facilement par une souffrance locale, l'on a une fièvre assode éphémère. Dans cette maladie les sécrétions muqueuses gastro-intestinales, et les sécrétions hépatique et pancréatique sont exagérées, et les évacuations par le vomissement et par les selles contiennent, avec les résidus des aliments ingérés et mal élaborés, un excès de leurs produits.

Influence des climats et des saisons sur la production des fièvres assodes considérée comme cause de ces maladies sur les sujets de constitutions différentes.

2043. Sans méconnaître l'influence des causes qui viennent d'être indiquées pour la production des fièvres assodes, nous devons aussi signaler comme prédisposant à ces maladies des conditions constitutionnelles opposées chez les sujets qui sont exposés à des causes générales très puissantes de ces maladies. Ainsi les fièvres assodes rémittentes des régions tropicales, celles que nous observons

[1] *Prax. med. univ. præcepta*, vol. I; part. I, cap. V, § LXVIII et LXIX.

accidentellement dans nos climats pendant les grandes chaleurs de l'été, se manifestent plutôt chez les personnes très irritables, d'une circulation très active et habituées à une alimentation trop stimulante (2038). C'est particulièrement sur les sujets placés dans ces conditions que se manifestent les fièvres ardentes des Européens qui arrivent aux Indes [1].

Influence des commotions morales et des passions sur la production des maladies assodes.

2044. Parmi les causes individuelles les plus puissantes des maladies dyspepsiques, il n'en est aucune à placer avant les affections morales subites ou prolongées, et de toutes ces causes morales la colère est celle qui a le plus de puissance, et après laquelle les maladies qui nous occupent se montrent avec le plus d'intensité. Baillou a rapporté une observation sur une violente fièvre gastrique provoquée par un accès de colère, qui se termina par de très abondantes évacuations alvines [2]. Stahl a aussi observé la manifestation des fièvres bilieuses après de violents accès de colère [3]; Stoll est revenu plusieurs fois dans ses écrits sur l'influence procatarctique et proégumène des causes morales pour la production des maladies dyspepsiques [4]. Cette observation a été également répétée par Curt. Sprengel [5], et vérifiée par Schmidtmann, qui rattache l'effet de ces causes à l'influence perturbatrice directe qu'elles exercent sur les sécrétions gastro-intestinale et cutanée [6]. Il n'est guère de médecin qui n'ait observé

[1] J. Johnson; *The influence of tropical climates on European constitutions*; prélimin. obs., sect. IV, p. 12.

[2] *Epid.*, lib. II, constit. anni 1575, p. 209.

[3] *Diss. de feb. bil. inter morb. hist, et curat. dissert. quas coll.* Haller, t. V, p. 223.

[4] *Rat. med.* Trad. de Mahon, t. II, p. 242 et 243, et *Aph. sur les fièvres*, n° 376.

[5] *Instit. med.; Path. specialis*, vol. I, p. 144.

[6] Mœror, tristitia, luctus nimirum vim nerveam opprimunt, somnumque » fugant, officinam digestionis labefactant et omnes secretiones et excretiones, » potissimum exhalationem cutaneam turbant et infirmant.... cum inhibita » cutis perspiratio, aucta intestinorum exhalatione suppleatur, solito sordes » gastricæ generantur. » (*Summa obs. etc.*, t. III, p. 346.)

cette influence des ébranlements moraux sur la production des maladies dyspepsiques, toutefois elle ne se manifeste d'ordinaire que pendant les constitutions épidémiques qui produisent ces maladies, ou que chez des sujets dont les fonctions digestives sont habituellement lentes et pénibles. Les causes morales ne sont ainsi en réalité, le plus souvent, qu'occasionnelles (2055); leur action ne peut cependant être révoquée en doute, quand on voit, comme l'a observé Stoll, la maladie assode débuter immédiatement après l'action de ces causes, souvent instantanée et facile à apprécier.

2045. On se rend assez facilement compte de l'influence des ébranlements moraux sur la production des maladies assodes par l'effet immédiat habituellement observé de ces causes sur les organes sécréteurs (1607). Van-Helmont signalait cet effet immédiat quand il faisait remarquer que c'est une observation que tous les médecins ont pu faire, que la terreur, la colère, le chagrin, etc., font principalement sentir leurs effets sur l'estomac et à l'épigastre [1].

2046. L'épuisement qui résulte de la continuité des passions débilitantes, des excès de travail intellectuel, des déperditions spermatiques par la masturbation ou par l'excès du coït, impriment une lenteur, une atonie remarquable, aux fonctions digestives, qui prédisposent immédiatement aux maladies assodes. L'imperfection des digestions opère dans ces cas une surcharge journalière de l'appareil gastro-intestinal, qui n'est que le premier degré des affections saburrhales.

Des modifications des sécrétions tégumentaires comme causes des maladies assodes.

2047. Toutes les causes qui peuvent modifier instantanément les sécrétions tégumentaires externes et internes occasionnent quelquefois l'invasion des fièvres dyspepsiques

[1] « Nemo enim non sentit horrores, timores, pavores, iras, excandescentias, » tristitias, suspiria, omnemque concupiscibilium perturbationem, sibi circa » os stomachi suboriri, et agitari. » (*Ortus medicinæ, id est initia physicæ in audito in morb. ultionem ad vitam longam. Tract. de morbis*, cap. VIII, p. 150, n° 12. Amstelodami, in-4°., 1652.)

les plus intenses, ou au moins des dyspepsies nidoreuses plus ou moins graves; ainsi l'on a vu ces maladies déterminées par le refroidissement subit du corps, occasionné pendant la sueur par un courant d'air froid[1], ou par le contact de l'eau froide. Il ne se passe pas d'année que nous n'ayons l'occasion d'observer pendant l'été des maladies assodes déterminées par l'exposition du corps à l'air froid et au contact de l'eau froide dans les bains de rivière. L'ingestion des boissons froides dans le tube digestif pendant les chaleurs de l'été et lorsque le corps est en sueur, est une des causes les plus évidentes des embarras gastriques et des fièvres assodes. Ces causes, dont l'effet se montre surtout par la rapidité avec laquelle elles provoquent l'invasion du mal, multiplient beaucoup ces maladies dans les saisons chaudes, parmi les ouvriers qui, pendant le travail, étanchent leur soif avec des boissons froides, et parmi les personnes qui abusent de l'usage des boissons et des sirops glacés.

Le mode d'action de ces différentes causes pour la production des maladies assodes s'explique par l'influence immédiate que quelques unes exercent sur le tube digestif et surtout sur les sécréteurs intra-intestinaux, ou par l'influence médiate exercée sur une sécrétion par le trouble subit d'une autre sécrétion. C'est ainsi, selon Richter, que la suppression de la perspiration cutanée occasionne l'excès de la sécrétion intestinale qui constitue la cause immédiate des saburrhes gastriques[2].

Des idiosyncrasies comme causes accessoires des dyspepsies nidoreuses et des fièvres gastriques.

2048. L'effet fâcheux de toutes les causes que nous venons de signaler n'est pas constamment produit et ne l'est pas surtout au même degré chez tous les individus; les différences sont si grandes suivant les sujets, qu'on est forcé d'admettre, comme cause accessoire à celle qui résulte de l'action de ces causes, une susceptibilité toute spéciale

[1] Obs. de Schmidtmann *in summa obs.*, t. III, p. 334.

[2] *Specielle therapie*, vol. I, p. 286.

des organes digestifs propre à différentes personnes; cette susceptibilité est quelquefois telle qu'elle va jusqu'à produire l'impossibilité de supporter certains aliments (2039, 2041) que beaucoup d'autres digèrent sans difficulté, ou au moins sans qu'il en résulte d'incommodité notable.

2049. Indépendamment de cette susceptibilité que peuvent présenter les organes digestifs, l'observation démontre qu'il existe chez certains sujets une aptitude évidente à contracter les maladies dyspepsiques. C'est là une cause spéciale des dispepsies nidoreuses et des fièvres assodes, si puissante chez certaines personnes, que ces maladies naissent chez elles par les causes les plus diverses et les moins actives, et se produisent comme maladies principales ou comme complications de toutes les maladies qui peuvent les affecter. Schmidtmann a bien signalé cette prédisposition idiosyncrasique[1] que nous regardons comme un des faits les mieux établis dans l'étiologie des maladies assodes. Elle n'est pas plus difficile à concevoir que l'aptitude à des diaphorèses locales et générales que l'on voit exister chez quelques personnes comme disposition idiosyncrasique.

Des maladies considérées comme causes des affections saburrhales.

2050. Les dyspepsies nidoreuses portées même quelquefois jusqu'au degré de fièvres assodes, sont souvent le résultat d'états pathologiques divers. C'est particulièrement pendant le cours et à la suite des maladies qui s'accompagnent d'un état fébrile plus ou moins intense qu'on observe souvent la manifestation des embarras gastro-intestinaux. Dans les maladies dont le phénomène le plus marqué est l'état de fièvre, la suspension des sécrétions, effet du trouble circulatoire pyrétique, arrive à certaines périodes, sur la

[1] « Dantur alii qui nativa, seu acquisita singulari viscerum digestionis infirmitate et atonia adfecti sunt, atque secundum leges œconomiæ animalis » seminia morborum ibidem potissimum adpellent sedemque figunt; exorta » inde febre gastrica in ea, quasi in emporium commune, omnes materiæ » depravatæ et excrementitiæ congeruntur. » (L. J. Schmidtmann. *Summa obs. med.*, t. III, p. 330.)

muqueuse du tube digestif tout comme à la peau. Ces deux membranes acquièrent l'une et l'autre une chaleur et une sècheresse insolites ; les aliments et les boissons sont imparfaitement digérés, les résidus de la digestion n'ont pas leurs qualités normales. A certaines autres périodes des maladies fébriles un effet contraire se produit ; tout comme des sueurs surviennent par la diacrise de la peau, des sécrétions insolites par leur quantité et le plus souvent aussi par leurs qualités (sécrétions muqueuses, bilieuses, pancréatiques), déposent leurs produits dans l'intestin et les mêlent aux résidus digestifs qui s'y trouvent. Toutes ces conditions morbides, liées comme effets aux différentes maladies pyrétiques, font concevoir comment les dyspepsies nidoreuses et les fièvres assodes surviennent si fréquemment comme complication et comme suite de ces maladies, que nous rangeons par ces motifs parmi leurs causes toujours prédisposantes et souvent occasionnelles. Le conseil de recourir, dans presque tous les cas, avec plus ou moins d'activité, au traitement indiqué contre les dyspepsies nidoreuses, à l'issue de la plupart des maladies fébriles, donné par plusieurs anciens praticiens, n'était qu'un précepte, peut être trop général, mais néanmoins rationnel déduit d'observations cliniques fondées sur la fréquence de ces affections après les pyrexies.

2051. Dans les saisons et sous l'influence des causes générales qui produisent et multiplient les maladies assodes (2057 *et sqq.*), tous les états pathologiques aigus, même traumatiques, qui produisent à un certain degré une perturbation générale des grandes fonctions, occasionnent ces maladies. Si ensuite dans ces cas là on néglige la dyspepsie nidoreuse, même la plus légère, on court le risque, comme cela s'observait dans l'épidémie de Goettingue (1917) ou dans la constitution épidémique du Tecklembourg (1924), de voir la maladie s'aggraver promptement jusqu'à l'état de fièvre assode muqueuse ou bilieuse.

2052. Les cachexies qui se caractérisent par un état général d'atonie des fonctions assimilatrices se compliquent souvent, et par les moindres causes, de dyspepsies nidoreuses et quelquefois de fièvres assodes : la chlorose, la cachexie scrofuleuse, le scorbut, sont les affections morbides qui semblent prédisposer le plus immédiatement à ces maladies des voies digestives; elles leur impriment même un degré de gravité plus prononcé, noté par Rœderer et Wagler à Goettingue sur les rachitiques qui succombaient presque tous à la fièvre muqueuse.

Influence de l'action de certains agents thérapeutiques sur la production des maladies dyspepsiques.

2053. L'influence altérante exercée sur l'organisme par les préparations mercurielles est une des causes les plus puissantes de la production des maladies assodes[1]. Ce n'est pas, au moins uniquement, par l'action immédiate de ces préparations sur les voies digestives que cet état pathologique est déterminé; il survient peut-être plus souvent par l'administration iatraleptique du mercure que par l'ingestion de ce médicament dans l'estomac.

2054. L'administration des laxatifs, trop fréquemment réitérée, ou dirigée sans prudence, est une cause fréquente de dyspepsie muqueuse, signalée avec raison par les auteurs, et particulièrement par Baglivi.

Du mode d'action immédiat des différentes causes indiquées pour la production des maladies dyspepsiques.

2055. La plupart des conditions individuelles qui concourent à la production des maladies assodes n'agissent que comme causes prédisposantes, qui ne deviennent occasionnelles que sous l'influence concomitante de causes générales propres à favoriser le développement de ces affections. Leurs effets fâcheux se manifestent souvent par la production brusque d'une indigestion, dont les accidents aigus se terminent avec rapidité, mais laissent après eux soit la fièvre assode déjà caractérisée, soit la dyspepsie nidoreuse plus ou moins intense. L'invasion de cette maladie est quelquefois plus obscure, et l'effet des causes sur l'individu affecté se borne à des symptômes dyspepsiques,

[1] Stoll. *Med. prat.*, trad. de Mahon, t. II, p. 244.

d'abord légers et peu marqués qui se prolongent ensuite en s'aggravant jusqu'à ce qu'ils acquièrent l'intensité des accidents d'une affection saburrhale ou même d'une fièvre gastrique confirmée. Ce mode d'invasion des accidents dyspepsiques qui se caractérise par les seuls prodromes de la dyspepsie nidoreuse, ou au plus par les symptômes d'un léger état saburrhal, produit, s'il se prolonge, un état morbide chronique (1805 *et sqq.*) qui est souvent en rapport avec l'influence également chronique et prolongée des causes qui ont agi ou qui continuent d'agir sur l'individu. Stoll a signalé ce rapport entre l'action prolongée des causes et leurs effets, en même temps que la forme chronique de la maladie qui en résulte, dans ce passage de sa médecine pratique que nous ne pouvons trop signaler à l'attention des jeunes médecins : « De longs chagrins, des peines, des inquié-
» tudes qui éloignent le sommeil, affaiblissent l'estomac
» et les intestins, altèrent les sucs gastriques, alors sur-
» tout que la saison de l'année y concourt. Il en résulte
» quelquefois une infirmité de longue durée, qui cepen-
» dant ne retient pas le malade au lit; la perte de l'ap-
» pétit, des chaleurs et des frissons légers, un goût amer
» des aliments, la maigreur, et cet état qu'on pourrait
» appeler avec raison une légère fièvre bilieuse chronique.
» Cette disposition finit par devenir, chez quelques uns,
» une fièvre considérable, bilieuse, maligne, pituiteuse,
» le plus souvent rebelle aux efforts de l'art. J'ai vu les
» femmes surtout y être sujettes, et plus que les autres
» celles du peuple qui avaient perdu leurs maris et en
» même temps les moyens de pourvoir à leurs besoins et
» à ceux d'une famille nombreuse [1] » (2044).

Mode de développement des maladies assodes pour l'influence des causes individuelles.

2056. Toutes ces remarques établissent, quant à la production des maladies assodes dans ses rapports avec les causes qui la déterminent, deux modes de développement : tantôt, et c'est ce qui arrive le plus souvent, la manifes-

[1] *Med. prat.*, trad. de Mahon, t. II, p. 243.

tation de la maladie succède rapidement à l'action de la cause (2044 *et sqq.*); tantôt, au contraire, la maladie ne se développe que d'une manière lente et progressive par l'établissement graduel des troubles fonctionnels que les causes déterminent. Tissot a insisté sur ce mode de génération des maladies dyspepsiques comme appartenant plus spécialement aux fièvres dyspepsiques bilieuses [1].

Les dyspepsies nidoreuses et les fièvres assodes qui se manifestent ainsi et se développent sous l'influence de causes dont l'action a été prolongée, ou qui se développent après que l'organisme a ressenti pendant longtemps l'impression de ces causes, sont toujours intenses; l'organisme a subi une altération profonde, effet nécessaire de l'imperfection prolongée des digestions et par suite de la perturbation de toutes les fonctions assimilatrices; d'où résulte plus de gravité de la maladie et plus de difficulté à la faire disparaître [2].

§ II. *Des causes générales des dyspepsies nidoreuses et des fièvres assodes, qui sont extérieures aux personnes affectées, et qui agissent en même temps sur un grand nombre d'individus.*

Pourquoi les maladies dyspepsiques sont souvent endémiques ou épidémiques.

2057. De toutes les maladies, sans exception, les dyspepsies nidoreuses et les fièvres assodes sont celles qui se manifestent le plus souvent par l'effet de causes qui agissent à la fois sur toute la population de certaines contrées, ou sur des agglomérations d'hommes placés dans des conditions identiques (2043). Aussi se montrent-elles ordinaire-

[1] « Notandum est generationem febris biliosæ non esse opus unius horæ: » congeruntur sensim sordes, obstruuntur viscera, languent gastrici systematis » fonctiones, imperfecta remanet digestio, imperfecta ergo et nutritio; nec » eadem inde sanguinis quantitas conficitur, nec idem ille elaboratus sanguis, » solus fere inflammari capax. » (*De febre bilio Lausann.*, p. 101.)

[2] On peut généraliser cette observation comme l'a fait Duret, en disant: « Quo diuturnior est causarum morbificarum generatio, eo morborum inde » nascentium repentina impressio calamitosior est solet: non enim ante se » ostendunt morbi, quam labefactæ fuerint partes solidæ. » (Dureti *Theorema. Ætiol.*, 3.)

ment comme des maladies endémiques ou épidémiques, parmi ceux qui sont placés dans les mêmes conditions par rapport aux agents extérieurs qui peuvent modifier l'organisme de manière à occasionner ou à préparer leur développement.

Des causes générales prédisposantes et occasionnelles les plus fréquentes des maladies assodes.

2058. Les causes générales les plus ordinaires qui prédisposent aux maladies assodes ou qui occasionnent leur développement doivent leur origine ou leur mode d'action aux influences climatériques.

Causes générales des maladies assodes épidémiques dans notre climat.

2059. Dans le climat tempéré que nous habitons on n'observe guère ces maladies assodes sous la forme endémique que dans les saisons chaudes de l'année, comme pendant l'été et l'automne, surtout quand la chaleur a une intensité insolite[1]. Dans les lieux bas et humides elles se montrent le plus ordinairement lorsque des variations atmosphériques fréquentes et brusques se sont succédées. Les époques de l'année où ces conditions générales saisonnières existent, sont celles où l'on observe surtout les maladies dyspepsiques bilieuses; c'est en général du mois de juin au mois de septembre[2]. Lorsqu'elles se montrent à d'autres époques de l'année, on voit leur manifestation coïncider avec un état de l'atmosphère insolite, semblable à celui qui règne habituellement dans les saisons chaudes.

Malouin rapporte qu'il régna à Paris, dans le mois de juin de l'année 1748, une humidité extraordinaire avec une vive chaleur; on observa beaucoup de vomissements et de diarrhées bilieuses[3].

Parmi les hommes qui furent principalement affectés de la maladie bilieuse épidémique du Tecklembourg (1924), Finke nota surtout ceux qui étaient allés travailler en Hol-

[1] Arétée résumait en ces termes ces causes générales : « Ex anni temporibus æstas hoc malum sæpius affert, secundo automnus, dein hyems frigidissima, si proximè ad extinctionem calor deveniet. » (*De caus. et sig. diut. morb.*, cap. VII, trad. Boërrh.).

[2] Roucher. *Med. clin.*, t. I, p. 44.

[3] *Hist. et Mém. de l'Acad. roy. des Sciences*, an 1748, p. 552 et 553.

lande, et qui s'y étaient exposés à la fois aux travaux pénibles, à la chaleur et à l'humidité.

L'épidémie de Lausanne (1912) se manifesta sous l'influence de toutes les causes générales réunies, les plus propres à produire ces sortes de maladies. La ville de Lausanne se trouve par sa situation exposée à toutes les intempéries des saisons. L'été de l'année 1754 avait été brûlant; l'automne suivant fut très chaud et fut suivi d'un hiver doux, humide et nébuleux d'abord, mais qui devint très rigoureux pendant les mois de janvier et de février; le mois de mars fut pluvieux et le mois d'avril fut si chaud qu'on fut obligé de ventiler les chambres des malades affectés de la variole qui régnait alors. Les premiers jours de mai furent rafraîchis par un vent du nord aigu, le mois de juin fut très chaud, et la chaleur persista jusqu'au 20 juillet, ce fut alors que la maladie bilieuse commença à régner; elle se répandit avec une telle rapidité qu'il y eut bientôt six à sept malades par maison; le quart des habitants fut à peine épargné. La maladie affectait de préférence les femmes, les enfants et les vieillards; elle se prolongea jusqu'à la fin d'octobre. L'hiver suivant fut tiède et pluvieux, il y eut encore quelques malades. La maladie ne se montra dans l'été suivant que d'une manière sporadique.

Le grand nombre de maladies assodes que nous avons vu régner dans l'été et l'automne de l'année 1839 (1926), nous parut devoir être attribué aux variations continuelles de température, et aux alternatives fréquentes de sècheresse et d'humidité qui régnèrent pendant l'hiver précédent et pendant tout le printemps et l'été de cette année. L'hiver de 1839 à 1840 a été aussi remarquable par des variations continuelles dans l'état de l'atmosphère, il n'y eut presque pas de gelées, et il survint des pluies fréquentes; pendant tout cet hiver nous n'avons cessé d'observer des maladies assodes quoiqu'en nombre beaucoup moins grand que dans l'automne précédent. L'état variable de l'atmo-

sphère continua au printemps de 1840; nous eûmes en avril plusieurs jours de vive chaleur, alternant avec des jours de pluie, ensuite la température s'abaissa et continua à être peu élevée jusqu'à la fin de juin; nous reçûmes pendant ce temps là à l'hôpital un nombre progressivement croissant de dyspepsies nidoreuses et de fièvres assodes; dans les mois de juin et de juillet presque tous les malades étaient affectés d'embarras gastrique ou gastro-intestinal, tantôt seuls, et tantôt compliquant les maladies sporadiques habituelles. Au mois d'août les variations atmosphériques devinrent moins fréquentes, la chaleur fut constante, mais généralement moins vive qu'elle l'est habituellement à cette époque de l'année; les maladies assodes ne cessèrent pas tout à fait, mais elles diminuèrent d'intensité et devinrent beaucoup moins fréquentes.

Pendant l'année 1839 presque toutes les dyspepsies nidoreuses et les fièvres assodes avaient le caractère bilieux; dans l'hiver suivant c'étaient des maladies muqueuses; dans le printemps elles reprirent la forme bilieuse et la conservèrent pendant l'été de 1840, mais à un degré beaucoup moins prononcé que l'année précédente.

Comment se montre l'influence des climats, des saisons et des variations atmosphériques dans la production des maladies assodes.

2060. L'influence des climats, des saisons, des intempéries atmosphériques sur la production des maladies dyspepsiques ne se montre pas seulement par les variations du nombre des cas particuliers de ces maladies, elle est bien plus évidente encore par les formes qu'ils revêtent.

Dans les saisons chaudes et humides, surtout pour les climats où la température est très élevée, ces maladies sont remarquables par la prééminence des symptômes de la diacrise bilieuse (1713); dans les contrées septentrionales et même dans les régions tempérées, pendant les saisons froides, sous l'influence de l'humidité de l'atmosphère et d'une température peu élevée, la diacrise muqueuse gastro-intestinale prédomine et imprime aux maladies les formes que les auteurs ont décrites sous les

noms de fièvres muqueuses ou pituiteuses (1842), et d'embarras gastriques ou gastro-intestinaux muqueux (1713).

Dans les régions tropicales, aux époques de l'année où l'influence de la chaleur se joint à celle de l'humidité provenant de la présence d'eaux stagnantes, ou de pluies abondantes sur un sol plat et glaizeux, les maladies assodes ont généralement le caractère de dyspepsies bilieuses et de fièvres rémittentes bilieuses (1713, 1764). C'est surtout ce qu'on observe sur la côte d'Afrique, et aussi au Bengale et dans toute la presqu'île de l'Inde (1774 *et sqq.*). L'influence de la chaleur humide de ce dernier climat, au rapport de tous les médecins qui y ont pratiqué, unanimes sur ce point[1], se montre principalement chez les Européens qui y sont transplantés, par des flux bilieux qui se joignent à une fièvre rémittente presque toujours intense, et dans laquelle on reconnaît, à côté des symptômes dyspepsiques, les signes immédiats de phlegmasies abdominales plus ou moins graves affectant le foie et la muqueuse gastro-intestinale. Les émanations du sol humide par l'action de la chaleur paraissent aux médecins anglais la cause principale de ces affections, que nous retrouvons dans nos climats sous la forme de fièvres ardentes, de causus, de fièvres bilieuses hémitritées, dans les lieux et pendant les saisons où se trouvent réunies l'influence d'une vive chaleur et celle des émanations humides du sol et surtout des émanations marémateuses. Ce rapprochement entre les fièvres assodes des régions tropicales et celles de nos climats, survenant par l'influence de causes identiques, a été signalé par Macbride dans un temps où, plus que de nos jours, les médecins rapportaient les fièvres assodes des climats tropicaux à des causes comme spécifiques[2].

[1] J. Jonhson. *The infl. of the tropical climats on European constitutions*; in-8°, fifthe edition, 1836, p. 11.

[2] « Hoc genus febrium endemicum est in omnibus regionibus calidis,

Influence de la chaleur dans nos climats pour la production des fièvres gastriques,

2061. Baumes a insisté sur cet effet semblable des mêmes causes dans les différentes régions du globe pour la production des fièvres rémittentes gastriques : « Dans les climats » tempérés, nous voyons, dit-il, quelquefois des diminutifs » des fièvres remittentes des contrées tropicales, lorsque la » sécheresse et la chaleur composent la constitution qui les » engendre ; telle fut dans la majeure partie de la France » la constitution du printemps et de l'été de 1781 ; aussi » les maladies de cette constitution furent-elles l'image de » ces fièvres ardentes qui désolent les habitants des pays » plus chauds que la France et sujets aux infections cau- » sées par la chaleur d'une saison brûlante[1] ».

Kocker observa à la fin de l'été de 1719 une fièvre bilieuse épidémique en Belgique, en Hollande et en Zélande, par suite des grandes chaleurs et de la sècheresse de l'été agissant sur les eaux stagnantes à la suite d'un hiver et d'un printemps doux et humides.

L'épidémie de Lausanne de 1755 (1912) fut en grande partie due à la chaleur insolite de la saison ; il en fut de même pour la fièvre épidémique de Castelletto de 1819, dont Meli nous a conservé l'histoire (1921).

L'influence de la chaleur sur la production des maladies assodes n'est en quelque sorte que le plus haut degré de l'influence que la chaleur exerce chez tous les hommes sur les fonctions digestives habituellement plus lentes et moins actives dans les saisons chaudes[2]. Cette influence est surtout prononcée quand l'humidité se trouve réunie à la chaleur, et surtout quand cette humidité provient du sol.

» ubi solum paludosum est, cum aquis stagnantibus, quarum auræ putridæ » aerem replent.... Febres remittentes in Europa atque America septentrio- » nali sub finem autumni frequentissime observatæ sunt. » (*Introd. metho. in Theor, et Prax. med.* ; T. II, p. 67, cap. VIII.)

[1] *Traité des fièvres rémittentes*, t. I, p. 199.

[2] *Ventres per æstatem et autumnum cibos gravissime ferunt* (Hipp.; aph. 18, sect. I.).

Formes des fièvres gastriques qui se manifestent dans nos climats rapportées à l'influence spéciale des causes.

2062. Les fièvres gastriques bilieuses qui se manifestent dans ces circonstances ont des formes particulières qui dépendent de leur intensité et de la nature des causes qui les déterminent. Si la maladie a une grande violence, elle a tous les caractères de la fièvre assode continue (1782), ou au moins ses rémissions sont peu prononcées et les symptômes de l'embarras gastrique persistent avec une grande intensité dans les intervalles des paroxysmes. Parmi les symptômes ou les épiphénomènes de la maladie, ceux des phlegmasies gastro-intestinales et gastro-hépatiques sont prédominants (1848, 1849). Dans les cas moins intenses les rémissions sont plus prononcées et la maladie est en général une hémitrite (1753, 1771, 1777) : il n'est pas rare d'observer des exemples de ces maladies dans lesquelles les rémissions sont aussi marquées que dans les fièvres intermittentes réelles, le plus souvent dans ces cas la maladie tend à se terminer par conversion en une véritable fièvre intermittente (1781). Cette dernière forme de la maladie se produit surtout sous l'influence des miasmes marématеux, qui n'agissent plus seulement comme les émanations humides développées par la chaleur excessive de l'atmosphère, mais qui montrent aussi leur action spécifique. C'est ainsi que s'établit par la nature complexe des causes le contact des fièvres assodes intenses et des fièvres véritablement intermittentes (1898), contact si marqué dans la plupart des maladies épidémiques estivales et automnales des pays chauds, et dont on trouve des exemples tranchés dans les fièvres assodes endémiques de Rome dont Lancisi et Baglivi nous ont conservé la description. Telle fut surtout l'épidémie de fièvre hémitritée qui succéda en 1702 à l'influence de la chaleur dans les quartiers bas de Rome qui avaient été inondés par le débordement du Tibre grossi par les pluies du mois de décembre précédent.

Des causes générales qui pro-

2063. Dans les régions et dans les saisons de l'année où la température n'acquiert pas le degré d'élévation qu'elle a

habituellement sous les tropiques et accidentellement dans d'autres climats, les populations peuvent être affectées d'épidémies de fièvres gastriques, alors déterminées par l'influence de l'humidité froide et des variations fréquentes de l'état thermométrique de l'atmosphère. Ces causes sont à la vérité presque toujours jointes à d'autres causes générales, comme la famine, la privation d'aliments de bonne qualité, etc.; elles engendrent des maladies souvent très meurtrières qui ne présentent plus, au moins comme phénomènes dominants, les symptômes de diacrise hépatique; c'est alors la diacrise muqueuse qui prédomine (1842) aussi bien dans les simples affections saburrhales que dans les fièvres gastriques.

duisent spécialement les fièvres gastriques muqueuses.

L'épidémie de Gœttingue est un des exemples les plus prononcés qui aient été conservés d'une épidémie de fièvres muqueuses (1917). Cette maladie ne reconnaissait pas seulement pour cause toutes les calamités qui se rattachent à l'état de ville en siège, telles que l'usage d'aliments féculents peu substantiels, souvent avariés, les émanations provenant des immondices accumulées dans les rues, la tristesse et la terreur que l'état de siège imprime à la population, etc.; elle fut aussi l'effet d'une constitution atmosphérique froide et humide qui régna pendant l'automne et l'hiver, où les pluies durèrent presque sans interruption. Ces dernières causes eurent les mêmes effets sur la population de Gœttingue qu'elles avaient eu à Marbourg, en 1725, où elles produisirent une fièvre dyspepsique dans laquelle prédominaient les flux muqueux, qu'Arnold, qui l'a décrite, appelait fièvre stomachale [1].

Influence des causes générales sur la forme et la nature des accidents des fièvres gastriques muqueuses.

2064. L'influence des causes générales qui provoquent les fièvres gastriques muqueuses épidémiques, se retrouve dans la forme particulière de ces maladies. Ici les phénomènes de phlegmasie gastro-intestinale existent encore toutes les fois que la maladie a un haut degré de gravité; mais ils

[1] *De feb. stomachali epid.*; Collect. de Haller.

n'ont ni cette activité, ni cette intensité extrêmes qu'on leur voit dans les fièvres assodes bilieuses des pays chauds et des constitutions estivales. Si la maladie acquiert un certain degré de violence, un état général septique en est le résultat, et la maladie tend à se convertir en typhus (1901) plutôt qu'en fièvre intermittente (1898). C'est ainsi que la maladie se comportait à Gœttingue chez ceux qui, comme les soldats de l'hôpital du camp, se trouvaient d'ailleurs exposés à des causes spécifiques d'infection. C'est ainsi que la fièvre muqueuse épidémique de Moscou observée par De Mertens, en 1768, se terminait par métaptose typhode chez ceux qui étaient affectés à un haut degré, et chez lesquels la maladie ne se terminait pas d'une manière critique par des sueurs ou des urines vers le septième jour [1].

2065. La terminaison des fièvres assodes par conversion en fièvre intermittente (1898), et la prééminence de l'intermission dans la marche des accidents, ne doivent point être considérées comme empêchées par les causes sous l'influence desquelles se produisent particulièrement les fièvres gastriques muqueuses, car elles ne peuvent être assignées comme appartenant exclusivement aux fièvres assodes bilieuses. Pour être beaucoup plus fréquentes dans la forme bilieuse des maladies dyspepsiques, ces circonstances s'observent aussi dans les fièvres dyspepsiques muqueuses, mais beaucoup plus rarement et à un degré généralement moins prononcé. Dans la fièvre muqueuse de Gœttingue, pendant que la maladie se convertissait en typhus chez les sujets les plus gravement affectés, et sur lesquels agissaient d'ailleurs avec intensité des causes septiques propres à produire le typhus, on remarquait la marche périodique des accidents d'une manière très évidente chez un certain nombre de malades. La maladie épidémique s'était montrée au début de son règne avec la forme prédominante de fièvre

[1] De Mertens; *Obs. med.*, t. I, p. 1, p. 20.

muqueuse périodique; cette forme ne s'effaça même pas complètement chez la plupart des malades pendant l'intensité de l'épidémie, puisque la fièvre eut en général une marche rémittente hémitritée qui se prononça davantage encore à la fin de l'épidémie, où la maladie était souvent tout à fait intermittente. Ainsi, dans les épidémies de fièvres assodes muqueuses, nous trouvons encore que les causes générales de ces maladies participent de la nature de celles qui occasionnent les fièvres intermittentes proprement dites.

L'origine des différences qui existent entre les fièvres dyspepsiques bilieuses et muqueuses épidémiques provient des différences de leurs causes générales.

2066. En rapprochant ainsi les fièvres assodes bilieuses et muqueuses épidémiques sous le point de vue de leur étiologie, on voit que leurs différences essentielles, qui ne consistent en réalité que dans l'intensité relative des diacrises bilieuse et muqueuse coïncidentes, proviennent des différences qui se trouvent dans l'action des causes générales qui occasionnent ces maladies gastriques. Dans nos climats tempérés, les causes de ces maladies se succèdent, se modifient et se convertissent les unes dans les autres, par les changements successifs des saisons; les maladies qu'elles produisent sont en rapport par leurs formes avec ces changements. Ainsi, les maladies assodes sont en général pituiteuses au printemps; elles deviennent bilieuses et prennent souvent la forme bilieuse inflammatoire ou ardente dans l'été; à l'automne elles conservent la forme bilieuse en perdant l'intensité et l'acuité des phénomènes d'irritation gastro-intestinale ou gastro-hépatique auxquelles elles devaient le caractère de fièvres ardentes ou de causus, pour revenir à la forme pituiteuse sous l'influence du passage de l'automne à l'hiver [1].

Ces observations sur l'étiologie des formes bilieuse et muqueuse des fièvres assodes, variables suivant les saisons, remontent à Hippocrate [2]; toutes les observations faites

[1] Stoll. *Rat. Med.* Eph., ann. 1779 in mense octob.

[2] *De nat. hom.*; Sect. III, p. 7.

depuis n'ont fait que les confirmer. C'est ainsi qu'une fièvre assode épidémique à Brioude, née pendant l'automne de 1802, sous l'influence de chaleurs vives succédant à des pluies abondantes, présenta à Matussière les symptômes de la fièvre bilieuse, et prit successivement sur la fin de novembre la forme pituiteuse. Les fièvres assodes bilieuses que nous avons observées dans l'été de 1839 (1926) ont continué à se montrer en petit nombre dans l'hiver suivant, mais exclusivement sous la forme pituiteuse. Dans le printemps, et surtout dans l'été de 1840 nous avons observé encore un grand nombre de ces affections; elles avaient repris la forme bilieuse de l'année précédente, mais cependant avec une intensité beaucoup moindre; dans la fin de l'année 1840, elles ont cessé tout à fait de se montrer, et nous n'avons depuis lors, jusqu'à ce jour (20 mars 1841), plus rencontré de ces maladies que par cas isolés et avec un caractère inflammatoire plus prononcé qui se remarque dans toutes les maladies.

Influence des causes générales accessoires aux causes saisonnières et climatériques, pour la production des fièvres assodes.

2067. Les causes générales climatériques et saisonnières, et les variations météorologiques et thermométriques de l'atmosphère, agissent rarement seules pour produire les maladies assodes épidémiques; d'autres causes générales viennent souvent s'y joindre, nous les avons indiquées pour l'épidémie de Gœttingue (2065), elles se trouvent signalées dans la plupart des descriptions d'épidémie de ces maladies que nous possédons.

Dans les fièvres assodes muqueuses simples décrites par Sarcone, la maladie populaire fut attribuée à l'intempérie des saisons pendant l'année 1763, et à la mauvaise qualité des grains et à la misère générale qui en fut le résultat; la maladie eut toute son intensité pendant l'automne de 1763, dont la température fut variable; elle se prolongea jusqu'au mois de janvier 1764 sous l'influence des vents humides de l'est et du sud-ouest.

Une fièvre bilieuse intense régna épidémiquement, en

1766, à Camacchio; Laurenzo Canuti, qui fut envoyé sur les lieux pour l'observer, l'attribua à la constitution humide et pluvieuse de l'année précédente, aux inondations qui en furent le résultat, aux aliments de mauvaise qualité dont les habitants firent usage, et surtout à la grande quantité de poissons dont ils se nourrirent à cause de leur bas prix et de la cherté des autres aliments [1]. Des causes analogues déterminèrent une grave épidémie de fièvres assodes bilieuses à Toulon-sur-Arroux, en Charollais, en 1790; Laison qui en a conservé l'histoire, l'attribua à l'influence de très vives chaleurs d'une trop longue durée, jointes à la disette de fruits et à la nourriture insuffisante et de mauvaise qualité des habitants à cause de la cherté des grains. L'intensité de l'épidémie fut augmentée dans les mois de septembre et d'octobre par les variations fréquentes de l'état de l'atmosphère déterminées par des pluies presque continuelles et par le règne des vents du nord-est.

Changements des constitutions endémiques en épidémies produites par les causes des fièvres dyspepsiques.

2068. Dans les lieux où des causes générales provenant du climat et de l'état de l'air, à certaines époques de l'année, produisent des maladies assodes annuelles; ces maladies deviennent plus intenses et plus nombreuses dans les années où ces causes sont accidentellement plus intenses, ou lorsque des causes générales accessoires viennent s'y joindre. Les maladies assodes ne sont plus alors seulement endémiques, elles prennent le caractère épidémique; c'est ce que Van-Eslaker a observé à Anvers, en 1772. Les fièvres assodes bilieuses qui y attaquent chaque année un grand nombre des habitants pauvres sous l'influence de la chaleur, de l'humidité et des fréquentes variations météorologiques propres à ce climat, régnèrent avec intensité et d'une manière épidémique depuis le commencement de juin jusqu'à la fin de l'année, parce que la chaleur humide et les variations atmosphériques furent accidentellement plus prononcées que les années ordinaires.

[1] *Comment. Bononiæ*, t. VI.

Des constitutions épidémiques stationnaires considérées comme causes des maladies dyspepsiques.

2069. Les causes générales des maladies assodes peuvent agir pendant un temps très long, qui dépasse la durée ordinaire des saisons et des changements atmosphériques annuels. On voit alors ces maladies régner non seulement avec leurs formes normales, mais aussi comme complication de presque toutes les maladies sporadiques qui se montrent aux différentes périodes de l'année. Dans ces cas, la durée totale du temps pendant lequel on observe les maladies assodes et de ce qu'on appelle la constitution épidémique stationnaire, n'est plus uniquement détermiminée par l'influence des saisons et celle des variations de l'état de l'atmosphère, qui pourtant ne restent pas moins évidentes par les récrudescences et les interruptions que présentent les maladies épidémiques, et par les formes qu'elles prennent sur le plus grand nombre des malades. Finke a insisté sur cette influence des causes générales saisonnières et météorologiques sur les maladies régnantes, dans l'histoire de l'épidémie du Tecklenbourg (1924), en rapprochant les différentes phases de cette épidémie des modifications des influences atmosphériques et saisonnières qui se sont montrées pendant son règne. Voici sur ce point d'étiologie le résultat de ses observations : Avant l'année 1776 on n'observait pas d'apparence de maladies assodes bilieuses, dans le mois de janvier; le froid avait été très rigoureux. Dès le commencement du printemps, qui fut marqué par une température assez douce, la maladie commença à se montrer dans quelques maisons des faubourgs; elle diminua dans l'été. Dans l'automne, sous l'inflence des vents chauds et d'un ciel souvent nébuleux, l'épidémie fit des progrès; elle cessa presque entièrement dans l'hiver de 1777, durant lequel on n'observa point les maladies habituelles de cette saison. Au printemps suivant il y eut de fréquentes alternatives de chaleur d'été et de froid d'hiver; les hommes passaient du matin au soir de l'influence de la chaleur du

midi à celle du froid de l'hiver; le nombre des malades devint très grand et l'on observa en même temps des fièvres bilieuses, des pleurésies et des angines bilieuses. L'été suivant fut chaud et serein, les moissons furent abondantes; malgré cette saison des plus salubre, la maladie ne cessa pas tout à fait, il y eut encore beaucoup d'angines anomales. Cependant à la fin de l'été et pendant une grande partie de l'automne, la maladie bilieuse diminua tellement qu'elle semblait avoir disparu; il y eut néanmoins un grand nombre de personnes qui se plaignirent de douleurs des membres et de mauvaises digestions; il y eut des toux bilieuses. Cet état d'interruption de la maladie persista jusqu'à la fin de l'hiver de 1779. Dès que les froids cessèrent et que l'atmosphère s'adoucit, on vit reparaître des maladies avec le caractère bilieux; il y eut alors des varioles de mauvais caractère, des maladies puerpérales, des toux et des angines malignes chez les enfants; pendant l'été qui fut très chaud, il y eut des fièvres arthritiques et des scarlatines anomales. Vers la fin de l'été les fièvres bilieuses reparurent, elles persistèrent pendant toute la durée de l'automne et se compliquèrent de diarrhées très fétides, dysentériques, qui se montrèrent sous l'inflence des temps nébuleux et des pluies qui régnèrent pendant cette saison [1].

Des formes imprimées à toutes les maladies par les constitutions stationnaires qui produisent les maladies assodes.

2070. Il faut toujours attacher dans la pratique de la médecine beaucoup d'importance aux constitutions épidémiques stationnaires; cette importance est grande surtout pour les maladies qui nous occupent. Les constitutions stationnaires ne se manifestent d'une manière prononcée que par intervalles, quelquefois très prolongés, et quand elles existent, elles impriment leur cachet sur toutes les maladies, et fournissent des indications spéciales pour leur curation. Les médecins qui nient leur existence parce qu'ils ont négligé de les observer ou parce qu'elles ne se sont pas présentées pendant la durée de leur pratique,

[1] *De morb. bilio. anomalis*, *etc.*; p. 15.

montrent ou beaucoup de présomption ou peu de connaissance de l'histoire de l'art. Sydenham a pratiqué vingt-quatre ans, de 1661 à 1685, sans observer la constitution épidémique assode; elle ne s'est montrée à lui que cette dernière année. Schmidtmann, qui pratiqua à Melle, pendant plus de trente ans, rapporte qu'en 1787, lorsqu'il commença à exercer la médecine, la constitution gastrique était dominante, à tel point que toutes les fièvres qu'il observait étaient bilieuses, et que presque toutes les maladies se montraient avec des symptômes gastriques. Les maladies conservèrent ces caractères jusqu'au commencement de l'année 1795; elle les perdirent alors sous l'influence du froid très vif et très prolongé de l'hiver, et depuis cette époque, pendant vingt-cinq ans, la constitution stationnaire fut tellement changée que presque toutes les maladies étaient inflammatoires et qu'on ne rencontrait plus que rarement des maladies réellement gastriques[1]. S'il nous était permis d'invoquer notre expérience, après celle de nos maîtres, nous dirions que depuis l'an 1816 où nous vîmes, étant élève, beaucoup de maladies bilieuses à l'Hôtel-Dieu de Paris, après les pluies et les variations atmosphériques qui furent telles cette année là que la maturité des raisins ne put s'opérer, nous n'avons plus rencontré les maladies assodes que comme des cas sporadiques qui se faisaient remarquer au milieu des maladies inflammatoires, quoique nous n'ayons cessé de fréquenter les grands hôpitaux; ce n'est qu'en 1837 que ces maladies ont commencé à devenir plus fréquentes, et depuis la fin du printemps de 1839 elles n'ont cessé de constituer les maladies fébriles les plus communes, et d'imprimer leur cachet à presque toutes les maladies aiguës les plus variées; en 1840 elles sont devenues plus rares; elles ont cessé dans l'hiver dernier. Les différentes saisons et les variations thermométriques et météorologi-

[1] *Summa obs. med. ex prax. clin. triginta annorum*, vol. III, p. 297.

ques n'ont apporté de changements que dans le nombre, dans l'intensité et dans les formes de ces maladies ; elles ont été modifiées en été et en automne par la prééminence de la diacrise hépatique ; en hiver la diacrise muqueuse a été dominante, et au printemps toutes ces maladies ont été marquées par le plus grand nombre et l'intensité plus grande des phlegmasies thoraciques et abdominales épiphénoméniques (1926, 2066).

De l'intensité des maladies dyspepsiques suivant l'activité des causes générales qui les produisent.

2071. Les maladies assodes occasionnées par les causes générales que nous avons indiquées, ont en général un caractère qui se trouve en rapport avec la nature et l'activité de ces causes; on le voit par les différences que présentent ces maladies dans les diverses saisons, et par l'influence des conditions thermométriques et hygrométriques de l'atmosphère. L'effet de ces causes est si évident que lors même qu'elles n'ont pas une intensité suffisante pour occasionner des maladies assodes caractérisées, on reconnaît toujours leur influence par la langueur des fonctions digestives, par l'anorexie, par une répugnance marquée pour les aliments de nature animale, par des coliques, par des évacuations diarrhéiques stercorales fréquentes, sur la plupart des hommes, dans les saisons et les climats où ces conditions générales de l'atmosphère se produisent (2060). Dans toutes les épidémies de fièvres dyspepsiques, beaucoup n'ont que les symptômes des dyspepsies muqueuses ou bilieuses simples ; les accidents pyrétiques n'arrivent qu'à ceux qui sont frappés au plus haut degré, leur intensité et surtout leur continuité, et plus encore les formes ataxiques qu'ils prennent, expriment la gravité de la maladie.

Le nombre et la gravité des dyspepsies avec fièvre donnent la mesure de l'intensité des épidémies, de même que l'accroissement progressif du nombre des simples dyspepsies muqueuses et bilieuses indique l'imminence et le décroissement des épidémies assodes. Aussi les dyspepsies nidoreuses simples règnent-elles d'ordinaire presque seules

au déclin des maladies populaires dyspepsiques qui avaient en général à la période d'intensité de leur règne, la forme de fièvres gastriques.

Influence des causes particulières aux individus sur la production et les formes des maladies saburrhales.

2072. Indépendamment de leur caractère commun, les maladies assodes présentent des différences individuelles, dont la cause se trouve dans les conditions étiologiques proégumènes et procatarctiques propres aux individus affectés, qui créent pour eux des causes spéciales dont la maladie manifeste l'influence par les formes diverses qu'elle revêt. Il serait impossible, dans un traité dogmatique, de préciser toutes ces différentes formes, mais il est ordinairement facile de le faire en pratique, pour chaque malade affecté, en tenant compte en même temps de toutes les circonstances dans lesquelles il a été placé, et de la constitution épidémique générale marquée par la forme commune des maladies régnantes. C'est à ces diverses combinaisons des effets des causes générales et des causes individuelles, que sont dues toutes les complications et les épiphénomènes si nombreux qui se montrent dans les maladies assodes au lit des malades. Stoll et Finke ont donné des exemples de cette analyse des phénomènes, en montrant comment les fièvres assodes se compliquent de phlegmasies locales pneumoniques, pleurétiques, angineuses, dysentériques, suivant l'état dans lequel se trouvaient les individus au moment où la maladie les a affectés, ou par l'action de causes accessoires qui portent plus spécialement sur des organes dont l'affection se montre comme épiphénomène ou comme complication de la dyspepsie nidoreuse, ou de la fièvre assode bilieuse ou muqueuse.

### Art. V. Diagnostic des dyspepsies nidoreuses et des fièvres assodes.

Signes de l'état saburrhal.

2073. Les états saburrhaux ou les dyspepsies nidoreuses ont des signes constants d'après lesquels on peut reconnaître leur présence. Ces signes, dont l'ensemble caractérise l'état saburrhal des auteurs, sont l'anorexie, une douleur grava-

tive ou au moins un sentiment de malaise à l'épigastre et vers les flancs, l'haleine fétide, l'aspect blafard et comme lanugineux de la muqueuse linguale ou même la présence à sa surface d'une couche blanchâtre et jaunâtre, la largeur et quelquefois une sorte de gonflement de la langue, la perception d'une saveur amère ou comme pâteuse à la bouche, des éructations acides, amarescentes ou fétides, l'impossibilité de supporter les aliments gras et animaux, le désir des boissons froides et acidules, une céphalalgie souvent obtuse et gravative, quelquefois vive, occupant principalement la région sus-orbitaire, des vertiges ou au moins une propension aux vertiges, un sentiment général de courbature ou des douleurs obtuses et comme contusives des membres, surtout vers leurs articulations; l'accablement avec un sommeil troublé et agité par des rêves pénibles, l'impossibilité de se livrer aux travaux manuels ou à la marche, l'inaptitude aux travaux intellectuels.

Ces signes réunis suffisent pour caractériser la dyspepsie nidoreuse, mais isolément considérés ils n'ont pas tous la même valeur et peuvent se montrer dans divers états morbides.

De la valeur de l'état fuligineux de la langue.

2074. L'état fuligineux de la langue résulte d'une altération de sécrétion de sa membrane muqueuse; il se rencontre dans quelques maladies qui ont leur siége immédiat dans la bouche et à l'isthme du gosier; on l'observe, par exemple, dans la stomatite et surtout dans la stomatite mercurielle, dans les angines tonsillaires et pharyngiennes. Dans ces cas où la muqueuse bucco-linguale ne modifie ses sécrétions que par la présence d'une affection idiopathique qui n'est pas nécessairement liée à une maladie gastro-intestinale, on ne peut plus rattacher cet état de la langue à un état anomal du tube digestif. Il faut aussi remarquer que dans la plupart des maladies fébriles qui occasionnent nécessairement un dérangement des fonctions digestives, la langue est rarement nette et tout à fait exempte

de l'aspect saburrhal [1]. La valeur de ce signe ne peut ainsi être appréciée que dans ses rapports avec les autres signes de trouble des fonctions digestives. Toutefois, l'altération de sécrétion de la muqueuse linguale qui produit et dépose sur cette membrane une couche fuligineuse plus ou moins prononcée, se montre presque toujours dans les dyspepsies nidoreuses et les fièvres assodes: elle ne manque que dans quelques cas exceptionnels, et encore n'est-ce que dans les premiers jours de la maladie [2].

2075. L'état saburrhal de la langue n'affecte pas toujours également toute la surface de cet organe; il est quelquefois limité ou au moins il est toujours plus prononcé sur la base de la langue, où les cryptes mucipares se trouvent en plus grande quantité et avec un plus haut degré de développement. Dans les cas de maladies assodes compliquées d'une phlogose gastro-intestinale plus ou moins prononcée, l'érection des pupilles linguales, rougies et plus apparentes que dans l'état normal, la forme acuminée de la langue, la vive rougeur et la sécheresse de son extrémité, se manifestent en même temps que la présence d'une couche saburrhale sur sa base.

De l'anorexie comme signe des affections saburrhales.

2076. L'anorexie est un phénomène sympathique qui se montre dans presque toutes les maladies où les fonctions du tube digestif, et surtout de l'estomac, sont devenues imparfaites, ou au moins difficiles. Ce symptôme s'observe dans un très grand nombre de maladies, et même dans beaucoup de maladies où le tube digestif n'est le siége d'aucune affection diacritique ou inflammatoire. Dans les dyspepsies nidoreuses l'anorexie est un symptôme constant; elle ne diffère suivant les cas que parce qu'elle ne porte pas toujours sur l'appétence pour tous les aliments; elle est presque toujours portée jusqu'au degré

[1] Schmidtmann; *Summa obs.*, etc., t. III, p. 313.

[2] Richter, *Specielle Therapie*; t. I, p. 300. — Stoll; *Med. prat.*, trad. de Mahon; t. III, p. 309.

de la répugnance la plus prononcée pour les substances animales et surtout pour les substances grasses, lors même que les malades peuvent prendre sans dégoût des aliments végétaux acidules; dans quelques cas il existe en même temps une appétence dépravée pour des aliments aromatisés ou épicés.

On ne peut rapporter l'anorexie avec ou sans appétence dépravée à une autre affection que la dyspepsie nidoreuse quand il y a en même temps une saveur muqueuse et amarescente à la bouche, la fétidité de l'haleine, des nausées et des éructations nidoreuses, et surtout une absence de soif et même une répugnance quelquefois extrême pour les boissons, symptôme anorexique qui existe dans le plus grand nombre des dyspepsies nidoreuses.

Du goût dépravé comme signe des maladies saburrhales.

2077. Le goût dépravé qui s'annonce par la perception d'une saveur amère, ou acide, ou nidoreuse, ou comme poivrée, ou seulement par la perception d'un goût fade muqueux à la bouche, n'est que le résultat de la présence du produit anomal de la sécrétion modifiée des cryptes mucipares bucco-linguaux ou des glandes salivaires. Ce symptôme se rencontre dans plusieurs maladies où la sécrétion de ces organes glanduleux est modifiée, mais il appartient à presque toutes les formes des affections saburrhales. C'est un phénomène diacritique de même nature que la couche saburrhale de la langue, la couche fuligineuse des dents, la présence d'une salive épaisse, visqueuse et acide dans la bouche. Le médecin trouve dans la présence de ces vices des sécrétions muqueuses et salivaires la preuve que tous les organes sécréteurs qui concourent aux fonctions digestives dans toute l'étendue de l'appareil gastro-intestinal sont affectés en même temps dans les maladies saburrhales.

De la céphalalgie considérée comme signe des affections dyspepsiques.

2078. La céphalalgie est un des signes les plus constants dans les maladies saburrhales; elle a alors pour caractères diagnostiques son siège habituel sur la région sus-orbitaire

à la paroi antérieure des sinus frontaux, ses exacerbations quand les symptômes abdominaux proprement dits deviennent plus intenses, ce qui arrive ordinairement au moins une fois par jour, à des heures quelquefois régulières, enfin, sa coïncidence avec les symptômes fournis par l'état de la langue et du tube digestif.

Stoll a bien établi les caractères diagnostiques de cette céphalalgie qui ne manque presque jamais dans les dyspepsies nidoreuses, et surtout dans les fièvres gastriques. « Il semble au malade que sa tête va se fendre, en sorte » qu'il croit pouvoir obtenir quelque soulagement en se » serrant fortement la tête avec les mains, ou en se la fai- » sant serrer par d'autres, et il réclame vivement ce ser- » vice. Cette douleur occupe tantôt l'occiput, tantôt le » front, souvent même toute la tête; elle est subordonnée » à des époques fixes où elle tourmente plus violemment le » malade. Quelquefois la face est rouge et les yeux bril- » lants; mais le plus souvent la face est d'un vert pâle, » qui teint aussi le blanc des yeux. L'état de la langue » et de la gorge, les éructations, la douleur gravative à » l'estomac, sa sensibilité au toucher, les hypochondres » tendus, élevés, leur douleur aiguë ou gravative, les » borborygmes, les flatuosités, une diarrhée légère et spon- » tanée annoncent clairement qu'une matière étrangère » surcharge l'estomac, et qu'elle est la cause de tous ces » accidents [1]. »

2079. Il faut prendre garde de confondre la céphalalgie qui survient comme symptôme d'une affection saburrhale avec celle qui provient d'une affection idiopathique de l'encéphale; on établit cette distinction, quelquefois assez difficile, par l'absence de l'état fébrile continu, qui coïncide ordinairement avec la céphalalgie qui provient d'une affection inflammatoire encéphalique, par le siège de la douleur qui dans les lésions cérébrales réelles n'est presque

[1] *Rat. med.*, t. I. Epid. ann. 1776, *in mense aprili.*

jamais limité à la région sus-orbitaire, comme il l'est le plus souvent dans les dyspepsies nidoreuses. Toutefois le diagnostic est plus difficile dans les cas d'affections saburrhales qui ne sont pas très rares où la céphalalgie s'étend tout autour de la tête jusqu'à l'occiput. On ne peut véritablement alors l'établir que par la considération de la coïncidence des autres symptômes saburrhaux, et en se rappelant qu'il est incontestable, d'après l'avis unanime des médecins dignes de faire autorité, que la présence d'une affection saburrhale et par conséquent de tous les symptômes qui s'y rattachent, n'existe que très rarement et peut être jamais sans céphalalgie.

Des douleurs contusives des membres dans les maladies assodes.

2080. Les douleurs contusives des membres surviennent comme symptômes de maladies d'une tout autre nature que les dyspepsies nidoreuses, mais elles sont rarement portées au même degré que dans ces affections dont elles sont un symptôme constant; elles atteignent souvent une intensité telle que les malades sont immobiles dans le lit, ne pouvant se mouvoir sans ressentir de vives douleurs dans les jointures et dans la continuité des membres qui sont comme brisés.

On serait quelquefois tenté de rapporter ces douleurs contusives, tant elles sont intenses, à des affections rhumatismales aiguës, si l'on ne reconnaissait en même temps une absence de tuméfaction des articulations et de la continuité des membres, et surtout une absence de douleur à la pression qui ne se voit pas dans les maladies rhumatismales. La coïncidence de ces douleurs avec les signes fournis par l'état de la langue avec l'anorexie, avec les nausées, etc., suffit pour montrer qu'elles proviennent de l'affection dyspepsique.

Du sentiment général de courbature qui survient comme signe des maladies saburrhales.

2081. Le sentiment de fatigue générale qu'éprouvent ceux qui ont une dyspepsie nidoreuse, constitue un signe d'une grande valeur. Ce phénomène est presque toujours augmenté vers le soir et pendant la première partie de la

nuit; il n'est même pas très rare qu'il ne se montre qu'à cet instant de la journée, laissant le malade dans un état de bien-être, ou au moins d'absence de douleur pendant le reste du jour, surtout tant qu'il garde le repos.

Du malaise général dans les maladies dyspepsiques.

2082. Le malaise général de ceux qui ont des dyspepsies nidoreuses, se traduit souvent par une vive agitation pendant la nuit, accompagnée d'agrypnie ou au moins d'un sommeil troublé et fréquemment interrompu par des rêves pénibles. Ce malaise se caractérise presque toujours par une aptitude au refroidissement des plus marquée, même dans les saisons les plus chaudes; il va quelquefois jusqu'à se traduire par des frissons vagues et erratiques lors même qu'il n'existe pas d'état fébrile évident. Nous considérons cet accident comme un des signes les plus prononcés et des plus probants des dyspepsies nidoreuses; nous partageons sur son importance l'opinion de Heister [1], adoptée par Burkard [2]. La susceptibilité du système nerveux est souvent dans ce cas exaltée à tel point, que pour les moindres causes les malades sont pris de terreurs exagérées, ou au moins de tremblement qui se produit au moindre bruit. Burkard considérait cette circonstance comme le signe le plus sûr de l'état saburrhal; sans lui donner une aussi grande valeur, nous admettons qu'elle en a beaucoup, surtout chez les jeunes sujets et chez les femmes nerveuses et irritables.

De l'irrégularité des évacuations alvines considérée comme signe des affections saburrhales.

2083. L'irrégularité des évacuations alvines, manifestée surtout par des alternatives de constipation et de selles liquides ou au moins molles et abondantes, est un symptôme de grande valeur pour le diagnostic des maladies saburrhales; il varie pour le degré dans de larges limites aux différentes périodes de ces maladies, toutefois il manque bien rarement.

Expression générale des variations des signes des dyspepsies nidoreuses sui-

2084. Les signes diagnostiques que nous venons d'indi-

[1] *Compend. med. pract.*, p. 86, § VII.

[2] *Dissert. de feb. mesent.*, p. 5.

quer ne sont pas les mêmes dans les différentes formes des dyspepsies nidoreuses. On trouve dans les modifications qu'ils présentent et dans leur adjonction à divers phénomènes particuliers, le moyen de distinguer les dyspepsies en dyspepsies bilieuses et en dyspepsies muqueuses, et aussi la distinction de ces différentes dyspepsies en celles qui affectent spécialement les voies gastro-intestinales supérieures et les voies digestives inférieures. C'est sur ces différences que repose le diagnostic particulier des différentes dyspepsies nidoreuses que les auteurs ont désignées sous les noms *d'embarras gastriques* ou *intestinaux bilieux*, et *d'embarras gastriques* ou *intestinaux muqueux ou pituiteux* (1712, 1713).

vant les différentes formes de ces maladies.

2085. Dans les dyspepsies bilieuses, la saveur anomale que les malades ressentent à la bouche est amère; la couche saburrhale de la langue est jaunâtre ou verdâtre; les nausées sont très fréquentes et souvent suivies, surtout vers le matin, de vomissements peu considérables de matières amères et bilieuses; l'appétence pour les boissons acidulées est très prononcée, et l'anorexie surtout pour les aliments animaux et gras est très marquée; la céphalalgie est toujours vive, et présente au plus haut degré les caractères que Stoll lui a surtout assignés dans le passage que nous avons cité (2078); la douleur épigastrique n'est pas seulement gravative, elle est mordicante et ordinairement exaspérée par la pression; les ailes du nez, la commissure de la bouche et surtout les conjonctives ont une légère teinte jaunâtre; la peau est sèche; les urines sont peu abondantes; la dépression des forces est moins prononcée que dans les simples dyspepsies muqueuses; les douleurs articulaires sont aussi moins vives, les vertiges sont plus prononcés, et fréquemment les conjonctives sont injectées. C'est surtout dans les dyspepsies bilieuses, comme Celse l'avait remarqué, que les malades éprouvent des frissons

Signes particuliers des embarras gastro-intestinaux *bilieux*.

fugaces plus ou moins fréquents[1]. Hippocrate résumait les signes de l'embarras gastrique bilieux en ces termes : « L'absence de fièvre, l'anorexie, des vertiges et la saveur « amarescente de la bouche[2]. »

Dans la forme de dyspepsie que l'on désigne sous le nom d'embarras gastro-intestinal ou intestinal bilieux, les malades ont souvent plusieurs fois par jour des coliques sous-ombilicales, quelquefois très vives, ou au moins une douleur tormineuse obtuse, accompagnée, surtout chez les jeunes sujets et chez les femmes, d'une agitation et d'une anxiété très vives. Le plus souvent ces douleurs précèdent des évacuations alvines bilieuses. Les urines, surtout celles qui sont excrétées pendant la nuit, sont presque toujours rougeâtres, briquetées, troubles, ou au moins nébuleuses; quelquefois elles sont safranées et noirâtres.

Signes particuliers des embarras gastro intestinaux *muqueux* ou *pituiteux*.

2086. Dans les dyspepsies muqueuses ou pituiteuses les malades ont la langue large, blanchâtre, comme lanugineuse, ou enduite d'une couche d'un jaune ou d'un gris blanchâtre, quelquefois d'un aspect couenneux. Ils perçoivent une saveur fade ou fétide ; ils ont plus rarement des nausées et des vomissements que dans les dyspepsies bilieuses ; la bouche et les dents sont invisquées d'un mucus gluant, tenace; l'anorexie est complète; la soif est nulle, et l'ingestion des boissons provoque presque toujours un sentiment de douleur gravative à l'épigastre, et souvent des nausées. Les malades éprouvent des éructations nidoreuses, acides ou comme fétides. La douleur épigastrique est obtuse, gravative, souvent non exaspérée par la pression. La céphalalgie est peu marquée et gravative; les douleurs des membres sont vives (2081); elles coïncident avec un sentiment de faiblesse extrême et quelquefois avec des crampes aux membres abdominaux. Les urines sont

[1] *Fere horror ab his oritur, quæ biliosa in stomacho resederunt.* (Celsus *de medicina*, lib. III, cap. XII.)

[2] *Aph.* 17, *sect.* IV. Edente Foësio, p. 1249.

crues et aqueuses, fréquemment très abondantes. L'aspect de la face, surtout aux ailes du nez et autour des yeux et de la bouche, est blafard.

Si la dyspepsie pituiteuse a le caractère de l'embarras intestinal muqueux les malades ont de fréquentes coliques avec des éructations et surtout des flatuosités; une anorexie qui se montre assez souvent sans couche saburrhale à la langue et sans nausées; ils ont souvent des évacuations alvines liquides muqueuses ou stercorales [1], avec un sentiment de brisement des membres continu, mais exaspéré à chaque retour des évacuations. C'est cet état morbide de la présence duquel Hippocrate tirait l'indication des cathartiques et dont il traçait le diagnostic en ces termes : « Douleurs tormineuses intestinales; douleurs gra-» vatives aux genoux et aux lombes, sans fièvre [2]. »

Signes diagnostiques des coliques bilieuses et muqueuses.

2087. Les douleurs tormineuses acquièrent quelquefois dans les dyspepsies bilieuses ou pituiteuses une intensité extrême; la maladie constitue alors, comme l'a remarqué Pinel, cette affection que les anciens désignaient sous le nom de *olique bilieuse ou muqueuse* [3]; on la reconnaît à tous les signes de l'embarras intestinal muqueux ou bilieux qui précède et accompagne les douleurs de colique, et spécialement à la nature des évacuations alvines liquides, muqueuses ou bilieuses qui succèdent immédiatement aux douleurs tormineuses. Le siége de ces douleurs est ordinairement à la région ombilicale ou aux flancs; elles coïncident habituellement avec une douleur lombaire obtuse et avec un sentiment de défaillance et de brisement des plus prononcé dans les cuisses; l'abdomen devient souvent tendu et rénitent; au moment des douleurs il est presque toujours indolent à la pression, qui même soulage ordinairement les malades.

[1] Galeni *ad part.* 17, *lib.* IV *in annot.*
[2] *Aph.* 20, *sect.* IV. Edente Foësio, p. 1249.
[3] *Nosog. philos.*, t. I, p. 48, 5e édit., 1813.

Expression générale des signes des fièvres assodes.

2088. Nous retrouvons dans les fièvres gastriques tous les signes des dyspepsies nidoreuses bilieuses et muqueuses qui caractérisent les lésions principales de ces maladies. Ces signes ne se montrent plus isolés comme dans les affections saburrhales simples; ils se joignent à ceux qui appartiennent en particulier aux différentes formes de l'état fébrile éphémère, rémittent, continu, et ataxique.

Dans les fièvres gastriques ou assodes même les moins intenses, les signes gastro-intestinaux de la dyspepsie nidoreuse ont toujours une intensité qui dépasse celle qu'ils présentent dans les cas de dyspepsie simple les plus prononcés. Parmi ces signes, la céphalalgie, les vertiges, la rougeur plaquée des pommettes, le brisement des membres, sont ceux qui ont le plus d'intensité.

Signes des fièvres assodes à leur invasion.

2089. L'état fébrile des fièvres assodes débute toujours par un frisson ou au moins par une horripilation, un sentiment de malaise et de débilité générale plus ou moins prolongés; quand la fièvre est développée, la chaleur de la peau est très vive, plus intense même comme le remarquait Baglivi, que ne le comporte la fréquence du pouls et l'état de pléthore de l'appareil vasculaire. Cet état de vive chaleur est toujours modifié par intervalles par des frissons vagues que le malade perçoit dans les cas peu intenses, et que le médecin constate dans les cas graves à la fraîcheur et à la pâleur de la peau, surtout aux extrémités des membres. Ces frissons vagues, si l'état fébrile continue, indiquent le début de la fièvre rémittente assode (1742 *et sqq.*), qui constitue la forme la plus fréquente des fièvres dyspepsiques; Heister les a signalés en comparant les symptômes initiaux de ces maladies avec ceux des paroxysmes des fièvres intermittentes[1].

Signes des fièvres gastriques déduits de leur marche.

2090. La fièvre dyspepsique, lors même qu'elle est continue, a dans la plupart des cas, au moins pour quelques uns de ses symptômes, une marche rémittente bien pro-

[1] *Compend. med. pract*, p. 34, § II.

noncée. Cette marche, si elle n'est pas évidente dans les deux ou trois premiers jours, se manifeste successivement par les horripilations et par l'augmentation des douleurs céphalalgiques; l'intensité plus grande des douleurs des membres, qui se montrent de plus en plus à des intervalles ordinairement réguliers, tous les jours et même deux fois par jour. Presque toujours ces paroxysmes se terminent par des vomissements et des évacuations alvines liquides bilieuses ou muqueuses, ou par des sueurs fétides, ou enfin par des urines jumenteuses hypostatiques [1].

2091. La marche rémittente des accidents fébriles, a été considérée par un grand nombre de médecins entre lesquels nous avons déjà cité Stoll et Burkard (1744), comme l'un des principaux signes diagnostiques des maladies saburrhales; elle a surtout été attribuée à la forme bilieuse des maladies dyspepsiques; elle est habituellement en effet plus marquée dans cette forme de maladie où Brande [2] et Stoll [3] l'ont signalée. Pour être moins prononcée dans la forme pituiteuse de cette maladie, la rémittence n'y manque cependant presque jamais, on l'a vue dans l'épidémie de Gœttingue (1917). Schmidtmann, après trente ans de pratique, regardait la marche rémittente comme constante [4] dans toutes les fièvres dyspepsiques sans distinction; nous partageons cette opinion, parce que nous l'avons toujours trouvée exacte au lit des malades.

[1] Stoll *Aph. sur la connaiss. des fièvres*, n° 344, et *med. prat.*, trad. de Mahon, P. 1, p. 47.

[2] *In biliosis febribus licet permagnus sœpe sit calor, nihilominus per vices remittere solet.* (A. Eb. Brande. *Dissert. de feb. putrid. different.* Edent. Schrœder, t. II, p. 165.)

[3] On observe bien distinctement dans cette fièvre, à des époques fixes, « d'heure ou de jour, des redoublements et des rémittences. » (Stoll, *Med. prat.*, t. III, p. 228, trad. de Mahon.)

[4] *Quanta violentia febris gastrica nonnumquam ferviet, numquam tamen vidi eam typum continuæ continentis assumpsisse, qualem febrem continuam continentem cæterum numquam observavi.* (*Summa obs.* etc., t. III, p. 311.

Le type des rémissions pyrétiques des fièvres dyspepsiques est dans la plupart des cas quotidien ou double ternaire; quelquefois la fièvre a deux paroxymes un jour et un seul le lendemain (1753); enfin, comme le remarque Borsieri [1], il arrive aussi que le type des paroxysmes est irrégulier ou subit de fréquentes mutations qui font passer la maladie par les formes successives des fièvres hémitritées et trytœophiques (1753). Il n'est pas rare aussi que les paroxysmes se succèdent sans régularité et d'une manière en quelque sorte erratique; dans tous ces cas la maladie n'en est pas moins rémittente, et ses symptômes dominants sont toujours les accidents d'embarras des premières voies qui sont ses vrais caractères pathognomoniques.

Diagnostic des inflammations gastro-intestinales ou gastro-hépatiques qui surviennent pendant le cours des fièvres dyspepsiques.

2092. L'inflammation gastro-intestinale dans les fièvres assodes peut survenir soit par l'intensité d'action des causes déterminantes de la maladie, soit comme phénomène secondaire au plus haut degré et par la violence même de la turgescence diacritique des organes sécréteurs gastro-intestinaux; on ne peut apporter trop d'attention à rechercher sa présence, d'autant plus que dans beaucoup de cas, et surtout dans ceux où l'inflammation n'a qu'une intensité modérée, ce diagnostic est fort difficile et ne peut s'établir que par une appréciation exacte de tous les phénomènes de la maladie.

Quand les malades éprouvent une douleur continue comme gravative et quelquefois même brûlante ou lancinante à l'épigastre ou vers les hypochondres et les flancs, surtout lorsque ces régions sont en même temps douloureuses au toucher et sont le siége d'une tension rénitente prononcée; si la soif est vive, la langue sèche et rouge au moins à ses bords et à son extrémité; si le malade a des nausées continues ou des vomissements qui se reproduisent ou augmentent par la seule ingestion des boissons, même les moins excitantes; ou si le malade a de la diarrhée avec

[1] *Instit. med pract.*, t. II, § CCCLXXVI.

ardeur à l'anus ou même avec du ténesme, si les urines sont peu abondantes ou même supprimées; on peut considérer l'existence de l'inflammation gastro-intestinale comme certaine. Lorsque l'inflammation s'étend à l'organe de la sécrétion biliaire, comme cela arrive fréquemment dans les fièvres assodes des climats chauds et surtout des régions tropicales (1774 *et sqq.*), l'hypochondre droit est tendu, douloureux à la pression, surtout à son bord où l'on reconnaît le foie tuméfié qui dépasse le niveau des côtes; l'ictère se prononce de plus en plus (1769); la respiration est haute, accélérée et anxieuse, l'agitation est très vive.

2093. Dès que la présence d'une inflammation abdominale se montre ainsi dans les fièvres assodes, la marche de la maladie se modifie; à mesure que cet état morbide s'établit dans les voies digestives ou leurs annexes, la rémittence s'efface, elle se rétablit ensuite quand l'inflammation diminue [1] (1780). Ces variations dans la marche de la maladie se remarquent de la manière la plus tranchée dans les fièvres assodes des régions tropicales, au plus haut degré desquelles on reconnaît à côté des phénomènes pyrétiques les symptômes de l'hépatite et de la gastro-entérite; Galien les a signalées, en indiquant le passage des fièvres bilieuses simples rémittentes à la forme des fièvres ardentes continues, et le retour à la forme rémittente, quand les phénomènes inflammatoires abdominaux viennent à diminuer.

Changements que subit la marche des fièvres dyspepsiques quand il survient une inflammation intercurrente.

2094. Les symptômes de l'inflammation gastro-intestinale sont dominants dans les fièvres assodes que les anciens désignaient sous les noms de *fièvres ardentes ou de causus* (1784). Les phénomènes saburrhaux ne se montrent plus dans ces maladies que comme des accidents de second ordre, au moins pendant que la maladie est à son plus haut degré d'intensité. Ces fièvres ne diffèrent en réalité des autres fiè-

Changements qui se produisent dans les symptômes des fièvres dyspepsiques par suite du développement d'une inflammation.

[1] « *Gastrica in inflammatoria plerumque ab initio continens est, quamquam deinde, sublata inflammatoria diathesi mox remittentis speciem assumet.* » (Borsieri, *Instit. med. pract.*, t. II, § CCCLXXXVI.)

vres dyspepsiques que par l'inflammation gastro-intestinale ou gastro-hépatique, qui existe toujours en elles avec la diacrise du tube alimentaire; aussi les auteurs ont-ils assigné, à l'exemple d'Hippocrate, comme symptômes pathognomoniques principaux de cette espèce de fièvre, les phénomènes abdominaux qui se rapportent à la phlegmasie au plus haut degré d'intensité, savoir : les douleurs et la tension du ventre, la soif inextinguible et le sentiment d'une chaleur brûlante[1], interne et générale. Les premiers de ces symptômes sont le résultat direct de la phlegmasie abdominale, le dernier est le symptôme réactionnel le plus prononcé qui résulte de sa présence.

Diagnostic des différentes formes de fièvre *ardente.*

2095. Les auteurs ont signalé deux formes particulières de fièvre ardente qui ne diffèrent que par le siége de la phlegmasie abdominale.

L'une est celle où la phlogose gastro-hépatique domine; l'ictère est alors très prononcé et coïncide avec une tension et une douleur intense aux hypochondres avec un sentiment d'oppression et de serrement aux attaches du diaphragme[2]. Cette fièvre dans laquelle les accidents ont encore une marche rémittente très prononcée, est la fièvre rémittente hépatique ou bilieuse des régions tropicales (1775). Dans cette fièvre, l'intensité et la fréquence des vomissements mucoso-bilieux ou bilieux, l'ardeur à la gorge, la sécheresse de la langue, la soif très vive, la grande douleur épigastrique spontanée et provoquée par la pression, ne permettent pas de douter qu'une véritable gastrite ou gastro-entérite ne coïncide avec la phlogose hépatique et la diacrise gastro-intestinale.

L'autre forme, que quelques auteurs ont désignée sous le nom de *fièvre ardente colliquative*, s'observe principalement dans les grandes épidémies de fièvres pituiteuses; elle se caractérise surtout par la prééminence, au

[1] Grimaud, *Cours de fièvres*, t. III, p. 334, cap. XVI.

[2] Capivaccius, *Meth. pract. med.*, lib. III, *de affect. hepat.*, p. 749.

milieu des symptômes dyspepsiques ordinaires, d'une diarrhée abondante avec des douleurs vers les flancs et des coliques vives, la tension de l'abdomen vers la région ombilicale, fréquemment du ténesme, une douleur comme rongeante à l'ombilic, des douleurs lombaires, et toujours en même temps une chaleur générale très vive, et une soif ardente. Dans cette forme de fièvre dont l'épidémie de Gœttingue a présenté des exemples, la rémission n'est que peu marquée, les paroxysmes ne débutent que rarement par un frisson plus prononcé que des horripilations. Il existe toujours dans ces cas là une véritable entérite érythémoïde et folliculeuse, qui ajoute les symptômes graves qui résultent de sa présence aux phénomènes dyspepsiques habituels des fièvres assodes pituiteuses; c'est dans cette fièvre que Baillou rapportait spécialement la diarrhée à l'inflammation intestinale [1]. Au plus haut degré d'intensité de cette maladie les évacuations alvines diarrhéiques se suspendent fréquemment lorsque l'abdomen, au lieu de la tension douloureuse qu'il présentait, devient météorisé, parce que l'intensité de la phlegmasie de la muqueuse entraîne la suspension du mouvement péristaltique des intestins et une véritable paralysie de la couche musculaire du tube digestif. C'est le plus haut degré de violence des fièvres pituiteuses, où comme l'a remarqué Grimaud, le météorisme de l'abdomen devient le symptôme prédominant [2]. Les fièvres pituiteuses dysentériques rentrent dans cette forme de fièvres assodes intenses.

2096. Les vomissements ou les selles mucoso-bilieuses, et les vomissements de substances alimentaires plus ou moins altérées ou les excrétions de selles lientériques jaunâtres, grisâtres, fétides, évidemment stercorales, ne peuvent être attribuées à une simple diacrise gastro-intestinale et à l'imperfection de la digestion qui en est le résultat, que

Des signes tirés des vomissements et de la diarrhée dans les différentes formes des fièvres dyspepsiques.

[1] *Op. omnia*, lib. II, *consult.* 31.

[2] *Cours de fièvres*, 2e édit., t. III, p. 342.

lorsque les signes de phlogose gastro-intestinale (2093) ne se montrent pas en même temps. Ainsi, les vomissements de matières mucoso-bilieuses ou alimentaires, qui sont le seul effet de l'état saburrhal, ne se produisent qu'à des intervalles éloignés; ils sont précédés de nausées et d'éructations nidoreuses avec une douleur gravative à l'épigastre, absence de la soif ou même répugnance pour les boissons, sans tension douloureuse du ventre, sans chaleur intense à la peau, sans rougeur de la langue. L'expulsion de ces matières est ordinairement suivie d'un soulagement évident. Si la muqueuse gastrique est enflammée, les vomissements sont fréquents; ils se reproduisent par l'ingestion même d'une petite quantité de boissons, ils n'interrompent pas les nausées, ils ne font que rendre la soif plus vive et les douleurs spontanées, et la tension épigastrique plus intenses. Si des aliments ont été introduits dans l'estomac, ils sont le plus souvent rejetés et les matières des vomissements sont ensuite muqueuses ou bilieuses verdâtres, rejetées avec des efforts et de vives douleurs brûlantes ou térébrantes à l'épigastre. La soif est vive et les malades éprouvent une chaleur ardente avec un sentiment de sécheresse à la gorge; la langue se sèche, ses bords rougissent, sa surface devient fendillée. Ce serait une erreur de grave conséquence que de considérer ces vomissements comme des signes d'un simple état saburrhal; il y a alors au moins un orgasme inflammatoire, et même le plus souvent une véritable phlogose gastro-intestinale ou gastro-hépatique.

Tant que les malades n'ont que des selles stercorales liquides, ou même des selles muqueuses abondantes, revenant à des intervalles éloignés, sans autre accident du côté de l'abdomen que quelques coliques toujours modérées à l'ombilic ou vers les flancs que ces évacuations soulagent, on peut considérer ces évacuations comme des signes d'une simple diacrise gastro-intestinale; même lors-

qu'elles se manifestent avec quelques épreintes. Mais si le ventre est tendu ou douloureux dans les intervalles des évacuations, si les malades éprouvent vers l'ombilic et les flancs une douleur profonde, continue, gravative ou érodante, si les selles sont peu considérables et formées de mucus mélangé de glaires sanguinolentes, ou de sérosité verdâtre au milieu desquels nagent des grumeaux muqueux, si la soif est en même temps très vive, on peut affirmer que la maladie du tube digestif s'est élevée jusqu'à l'état d'une véritable phlogose de la muqueuse, ou des cryptes mucipares occupant surtout la fin des intestins grêles et les gros intestins.

Des vertiges comme signes des affections saburrhales.

2097. L'intensité des vertiges dans les maladies saburrhales et les fièvres dyspepsiques est quelquefois telle, que les malades ont des pertes de connaissance avec suspension des fonctions de relation, qui simulent de véritables coups de sang (671). Ces vertiges tirent leur origine de l'influence de l'état des organes digestifs sur le cerveau [1]. Le diagnostic de ces accidents apoplectiformes est d'autant plus important, que si l'on applique à ces affections cérébrales secondaires à l'état morbide du tube digestif les moyens de traitement qui conviennent aux apoplexies véritables, on ne fait qu'aggraver la maladie, sinon en rendant l'affection cérébrale secondaire plus intense, mais en rendant le retour des accidents plus facile et leur intensité plus grande.

Signes des vertiges dus à une affection saburrhale apyrétique ou fébrile.

2098. Les vertiges apoplectiformes, symptômatiques des dyspepsies nidoreuses, ne surviennent que rarement dès leur première invasion avec l'intensité qui leur donne l'apparence d'un coup de sang. Les malades ont toujours avant la manifestation de ces accidents une céphalalgie gravative continue, à laquelle se joignent des vertiges fugaces qui

[1] « *Totum systema nervosum in capite turbari potest, nullo vitio in cerebro existente, sed illo tantum in præcordiis vel ventriculo hærente,* » (Boerhaavius, *De morb. nervo*, t. II, p. 144.)

coïncident constamment avec un sentiment de courbature, et même avec des douleurs contusives des membres. C'est le plus ordinairement le matin, après le sommeil et lorsqu'ils quittent le lit, que ceux qui sont affectés d'état saburrhal sont atteints de ces vertiges, qui participent plus de la forme des lypothymies que de celle des vraies apoplexies. L'invasion des accidents n'est presque jamais subite, un sentiment de faiblesse générale, le tremblement des membres, une pâleur prononcée de la face, précèdent ordinairement le vertige apoplectiforme, qui n'arrive à la forme intense qui le fait ressembler au coup de sang, qu'après avoir présenté une forme beaucoup moins intense dont l'apparence apoplectique n'est, comme le disait Van-Helmont, que le plus haut degré [1]. En même temps que les vertiges, le malade éprouve presque toujours des nausées; souvent même il est pris de vomissements, et quelquefois de coliques immédiatement suivies de selles liquides. L'invasion de ces évacuations par le vomissement et par les excrétions alvines fait cesser les vertiges. C'est après des observations de cette espèce que Van-Swieten a établi que les vomissements et les selles expulsent la cause de l'apoplexie déposée dans l'estomac [2]. Ajoutons à ces signes que lorsque les malades sortent de l'état vertigieux, la liberté des mouvements n'est gênée que par le sentiment général de courbature, et non par cet état de paralysie incomplète, plus ou moins durable, que les véritables coups de sang laissent souvent subsister, ne fût-ce que pendant quelques instants après que la perte de connaissance a cessé.

Le dernier signe distinctif des accidents vertigineux des dyspepsies nidoreuses, se trouve dans la dyspepsie elle-

[1] « *Quod si vero acor stomachi degeneret...... sin autem suboriatur mucilago putida, ad amarorem prona, vertigo, et fortius insurgens apoplexiam suscitat.* » (J.-B. Van Helmont. *A sede animæ ad morbos*, § II, p. 236, *in ortu medici.* Amstelod. Elzevirio, 1652.)

[2] *Comment. in aph.* 1017, p. 286.

même ; ses symptômes propres et caractéristiques sont toujours très prononcés avant l'invasion des vertiges, qui devient d'autant plus facile et plus fréquemment répétée que les phénomènes d'embarras des premières voies sont eux-mêmes plus intenses.

2099. Les auteurs qui se sont spécialement occupés des accidents apoplectiques qui surviennent comme épiphénomènes des dyspepsies nidoreuses [1], ont confondu les accidents apoplectiformes avec les véritables apoplexies qui se manifestent par suite et comme effet du dérangement des premières voies; aussi cherche-t-on inutilement dans leurs écrits l'indication précise des signes diagnostiques qui doivent empêcher de confondre les vertiges apoplectiformes symptômatiques des affections saburrhales avec les véritables apoplexies (1721), dont ces affections sont une cause prédisposante incontestable (930). Ces dernières apoplexies déterminent tous les désordres des fonctions de relation qui sont l'effet ordinaire des apoplexies; elles surviennent au milieu et pendant la durée des accidents ordinaires des dyspepsies nidoreuses dont elles deviennent une complication. Le diagnostic repose sur deux ordres de phénomènes, ceux qui se rapportent à la présence de l'état saburrhal qui précèdent et accompagnent toujours la maladie cérébrale, et ceux qui se rapportent à l'affection cérébrale apoplectique elle-même, qui ne diffèrent pas de ceux qui ont été exposés quand il a été question de cette maladie (946 *et sqq.*).

Diagnostic des épiphénomènes des dyspepsies nidoreuses et des fièvres assodes.

2100. Pour les dyspepsies nidoreuses et les fièvres assodes qui se montrent avec des épiphénomènes plus ou moins graves, occupant différents organes (1847 *et sqq.*), le diagnostic s'établit en appréciant les rapports qui existent entre ces épiphénomènes et les accidents dyspepsiques propre-

[1] Mollius; *De apopl. bilio. dissert.* — G. Ph. Koch; *Dissert. de apoplexia ex præcord. vitiis origine;* Colleg. Schrœder, t. II, p, 338. — F. Zuliani; *De apopl. præsertim nervea comment.*; Lipsiæ, 1790, in-8°, etc.

ment dits. Les signes spéciaux de ces derniers accidents sont toujours très prononcés; ils constituent seuls, dans la plupart des cas, les prodromes et même les phénomènes initiaux de la maladie; ils persistent pendant toute sa durée comme symptômes principaux. La marche de la maladie est toujours réglée sur celle des accidents dyspepsiques; on remarque en effet, dans la plupart des cas, que la continuité des symptômes épiphénoméniques n'empêche pas la marche rémittente ordinaire des maladies assodes de se traduire par les exacerbations et les rémissions non seulement des symptômes abdominaux, mais aussi des accidents épiphénoméniques qui sont joints à ces symptômes. C'est ainsi, par exemple, que dans les fièvres dyspepsiques avec pneumonie, les paroxysmes rémittents font croître les phénomènes abdominaux et les accidents thoraciques, qui décroissent aussi avec les symptômes saburrhaux à chaque rémission périodique de la maladie. Dans tous ces cas, tous les changements qui sont suivis d'une diminution des symptômes dyspepsiques, ont également pour résultat la diminution et même souvent la cessation des épiphénomènes, lors même que les accidents dyspepsiques persistent encore à un certain degré. En sorte qu'on peut dire en général que le diagnostic des maladies assodes compliquées repose sur ce fait, que les accidents dyspepsiques précèdent tous les autres, dominent pendant toute la durée de la maladie, et se montrent encore comme symptômes principaux à son déclin.

2101. Le diagnostic de beaucoup de symptômes graves qui surviennent pendant le cours des maladies assodes s'établit aussi par l'appréciation des rapports qu'ont ces symptômes avec l'affection saburrhale; ainsi les accidents nerveux, le délire par exemple, et la céphalalgie extrêmement vive dont s'accompagnent les fièvres assodes, en imposeraient facilement pour des maladies idiopathiques de l'encéphale à ceux qui ne tiendraient pas compte de la marche de la maladie, et des rapports des symptômes graves qu'elle présente avec ses symptômes constitutifs ordinaires

(2073). Werlhof a précisé exactement le diagnostic de ces accidents en faisant remarquer que leur manifestation a toujours été précédée des symptômes dyspepsiques proprement dits, tels que l'anorexie, les nausées, l'amertume de la bouche, l'état saburrhal de la langue, etc.; que ce n'est que pendant l'intensité des paroxysmes que se montrent ces symptômes secondaires: qu'ils cessent dans les rémissions pendant que les phénomènes saburrhaux persistent, et qu'enfin la disparition de ces phénomènes est subordonnée à la diminution des symptômes de l'affection des voies digestives [1].

Nécessité de distinguer des fièvres dyspepsiques graves des typhus.

2102. Les fièvres dyspepsiques intenses que les auteurs ont désignées sous les noms de *fièvres ardentes*, *fièvres bilieuses ou pituiteuses graves*, sont difficiles, au moins pendant un certain temps de leur durée, à distinguer des véritables fièvres typhodes; d'autant plus que beaucoup de ces fièvres graves passent à l'état typhode et constituent alors pour ainsi dire la première période du typhus (1901). Quoique nous devions traiter de ce point de diagnostic quand il sera question des typhus, nous regardons comme important de préciser dès à présent à quels signes on reconnaît l'imminence et l'accomplissement de la métaptose typhode dans les fièvres dyspepsiques. Nous ne pouvons d'ailleurs signaler trop tôt et avec trop d'insistance, les différences de maladies que beaucoup de médecins confondent comme des degrés d'une même affection, sous les noms de *fièvres typhoïdes et d'entérites folliculeuses.* On ne peut assez prémunir les jeunes médecins contre ces déplorables erreurs, qui leur réservent de si cruels mécomptes dans la pratique. Au point de vue de la science, la confusion que nous signalons montre où conduit une doctrine exclusivement fondée sur la considération des lésions locales qui ne sont dans la plupart des cas que des phénomènes secondaires des maladies.

[1] *Obs. de feb.*, p. 24 29. Venetiis, 1784.

Précepte général sur la conversion en typhus des maladies fébriles; signe pathognomonique constant de cette conversion.

2103. Toutes les maladies aiguës fébriles quelconques, et surtout les fièvres assodes, peuvent se convertir en typhus dans des circonstances appréciables qui ont toutes pour effet commun de produire l'infection septique. Il n'existe dans le domaine de l'art qu'un bien petit nombre d'épidémies fébriles graves dans lesquelles la conversion en typhus n'ait été signalée, au moins sur quelques sujets placés dans des conditions infectieuses spéciales. L'éruption pétéchiale, ce signe pathognomonique du typhus, la caractérise dans tous les cas. Cette éruption consiste dans la production sur la peau d'un nombre plus ou moins grand de petites papules très légèrement saillantes, d'un à trois millimètres de diamètre, d'une couleur rose violâtre ou purpurine, indolentes, disparaissant toujours sous la pression et se reproduisant immédiatement.

Signes diagnostiques qui annoncent la conversion en typhus de la fièvre dyspepsique.

2104. Le manifestation du typhus annoncée par l'éruption pétéchiale, arrive ordinairement du septième au dixième jour de la fièvre (1902); avant cette éruption, le caractère typhode de la fièvre s'annonce, sinon comme certain, au moins comme très probable, par l'empreinte prononcée de la stupeur sur la face, par un état de prostration des forces qui dépasse ordinairement l'intensité de l'adynamie habituelle dans les fièvres assodes simples (1843). La peau est dans la plupart de ces cas vivement injectée, surtout sur la partie antérieure du corps; elle est le siège d'une vive chaleur sèche, souvent âcre au toucher; la céphalalgie est générale, obtuse, souvent elle se joint à un état de délire ou de rêvasserie qui augmente pendant la nuit. La marche rémittente des accidents s'efface peu à peu, et la fièvre est presque toujours continue, au moins pendant les trois ou quatre jours qui précèdent l'éruption pétéchiale et pendant les quatre à cinq jours qui suivent sa manifestation. Les fibres musculaires se contractent spasmodiquement et produisent des nodosités saillantes sous l'influence de la seule pression exercée sur la peau susjacente. Ce dernier

signe est des plus constant, mais peut-être n'appartient-il pas qu'aux maladies typhodes ?

Tous ces signes par lesquels on reconnaît les fièvres typhodes, se trouvent lorsque des fièvres assodes se convertissent en typhus après avoir persisté pendant un certain temps sous la forme de simples fièvres gastriques rémittentes dans la plupart des cas. A mesure que la métaptose typhode approche la fièvre devient plus vive et se rapproche davantage de la forme continue (1892), la céphalalgie devient plus intense, l'adynamie augmente et la stupeur s'empreint de plus en plus sur la face du malade. Tous ces changements se montrent avec rapidité, quoique progressivement ; quelquefois cependant ils débutent instantanément par une horripilation ou un frisson initial plus ou moins prononcé, qui survient tout d'un coup pendant le cours de la fièvre dyspepsique. La fièvre est immédiatement aggravée et convertie en fièvre tout à fait continue ou au moins en fièvre à rémissions peu marquées ; elle persiste ensuite sans nouveaux accidents, avec une intensité ascendante jusqu'au quatrième, cinquième ou sixième jour de l'invasion intercurrente du frisson avant que l'éruption pétéchiale ne survienne et ne caractérise définitivement la métaptose typhode actuellement accomplie ; alors toute ambiguité a disparu, le diagnostic est fixé ; la maladie est convertie en un véritable typhus qui conserve néanmoins, à des degrés variables, l'empreinte de la maladie dyspepsique qui l'a précédé. Le typhus n'en continue pas moins sa marche habituelle en parcourant ses périodes par la succession régulière des accidents qui lui sont propres.

ART. VI. Prognostic des dyspepsies nidoreuses et des fièvres assodes.

Expression générale du prognostic des dyspepsies nidoreuses.

2105. L'on n'a point ordinairement à redouter de terminaison fâcheuse immédiate pour les dyspepsies nidoreuses qui surviennent chez les adultes d'une bonne constitution (1892) ; une semblable issue ne s'observe même que chez

des vieillards ou sur des personnes épuisées par des maladies ou par l'action prolongée de causes débilitantes (1894). Il n'est pas très rare d'observer des dyspepsies nidoreuses qui augmentent journellement d'intensité et finissent par se convertir en une fièvre dyspepsique plus ou moins grave, ou bien encore des cas de ces maladies dans lesquels les accidents persistent pendant un temps plus prolongé que d'ordinaire sans subir d'autre changement que des variations plus ou moins irrégulières de leur intensité (1805). Ces changements dans la maladie qui deviennent la cause de graves accidents peuvent se prévoir quand la maladie a été le résultat de causes proégumènes d'une grande activité, ou lorsqu'elle a été favorisée dans son accroissement progressif, ou au moins dans sa persistance, par des causes accessoires ou par la négligence des malades à se soumettre aux moyens thérapeutiques convenables.

Appréciation générale du danger des états saburrhaux prolongés.

2106. Dès que les états saburrhaux se prolongent, on peut prévoir qu'ils ne persisteront pas longtemps sans se compliquer de symptômes généraux ou de lésions locales plus ou moins graves, affections secondaires qui se rapportent comme éphiphénomènes à l'influence fâcheuse que la dyspepsie nidoreuse prolongée exerce sur l'organisme. Ces symptômes généraux consistent dans un état de faiblesse extrême de tout l'appareil locomoteur et de toutes les fonctions de relation, avec décoloration des téguments et flaccidité des chairs. Tous ces phénomènes indiquent un état de langueur de toutes les fonctions nutritives, qui est le résultat de l'influence des digestions imparfaites entretenues par la diacrise gastro-intestinale. Les lésions locales qui se manifestent, sinon d'une manière absolument constante, au moins habituellement dans ces cas, ont une gravité appréciable par leur étendue et par l'importance des organes compromis. Parmi ces lésions les plus communes sont des furoncles, des anthrax, des abcès plus ou moins étendus et qui se multi-

plient ou se reproduisent successivement sur différentes régions, où ils déterminent des suppurations quelquefois excessives, des ophthalmies (1808), des angines, ou des inflammations des organes profonds comme des pneumonies, des encéphalites, etc., etc.

Tous ces accidents que des adultes bien constitués supportent sans grand danger et pendant plusieurs semaines, tantôt d'une manière continue, tantôt par retours et disparitions répétés, sont bien graves, et par conséquent d'un plus fâcheux prognostic chez les enfants, chez les vieillards et chez tous ceux qui sont épuisés par des maladies antécédentes. Chez ces sujets, l'organisme se détériore sous l'influence du dérangement et de l'imperfection prolongée des fonctions digestives; dans la plupart de ces cas la diarrhée lientérique s'établit et vient joindre l'effet des déperditions qu'elle provoque à celui des accidents dyspepsiques; alors les forces se brisent rapidement, l'amaigrissement est rapide, le pouls s'affaiblit, les extrémités deviennent froides, les veines et les capillaires des mains et des pieds sont gorgés d'un sang brun et violâtre, d'où résulte la lividité de ces parties; le tissu cellulaire souscutané devient comme semi-œdémateux, en même temps que la décoloration générale se prononce de plus en plus, etc.; la mort est souvent le terme de ces accidents.

Bases du prognostic dans les cas de conversion des dyspepsies nidoreuses en fièvres assodes ou de complication de ces dyspepsies.

2107. La conversion des dyspepsies nidoreuses en fièvres assodes, ou leur complication avec de véritables phlegmasies gastro-intestinales (1730), est le terme de l'accroissement progressif ou des exacerbations des accidents saburrhaux; elles ne motivent pas d'autre prognostic que celui des fièvres assodes ou des phlegmasies gastro-intestinales elles-mêmes.

Prognostic général des fièvres assodes éphémères.

2108. On ne voit presque jamais la terminaison funeste arriver dans les fièvres assodes éphémères; il suffit dans la plupart des cas d'abandonner la maladie à elle-même, en n'ayant recours qu'à une médication tout à fait expec-

tante, pour obtenir une heureuse et facile terminaison. La seule circonstance qui motive un prognostic moins favorable est celle où la cessation des accidents fébriles n'est pas suivie d'une disparition des phénomènes dyspepsiques proprements dits, ce qui arrive surtout lorsque ces symptômes ont persisté pendant longtemps avant la manifestation de la fièvre assode. On a alors toujours à craindre que la maladie ne tende à la forme chronique (1805) et n'entraîne tous les accidents qui peuvent se rattacher à cette fièvre, surtout chez les vieillards et chez ceux qui sont épuisés par des maladies antécédentes.

Prognostic général des fièvres assodes rémittentes.

2109. Les fièvres rémittentes assodes sont presque toujours des maladies graves; néanmoins elles ne sont pas ordinairement des maladies mortelles. La terminaison fâcheuse est plus à redouter dans ces maladies que dans les fièvres assodes éphémères; elle survient souvent par la conversion de la maladie en fièvre assode continue. Les fièvres rémittentes des régions tropicales, qui font périr un si grand nombre des européens transportés dans ces régions, présentent toujours dans leur dernière période, lorsqu'elles deviennent fatales, les symptômes continus des inflammations des viscères de l'abdomen qui se développent à leur plus haut degré (1774 *et sqq.*). Lorsque ces fièvres dyspepsiques tendent à se terminer heureusement, leur marche continue cesse à la période d'état et se convertit en rémittente; quelquefois même la marche périodique de la maladie devient encore plus prononcée par la succession tout à fait intermittente des accidents pyrétiques qui s'établit au terme de la maladie (1898).

Signes prognostiques généraux de la marche fâcheuse des fièvres rémittentes dyspepsiques.

2110. La marche fâcheuse des fièvres dyspepsiques rémittentes et leur conversion ultérieure en maladie continue grave et surtout rapidement mortelle, peuvent être prévues dès que les paroxysmes fébriles deviennent plus longs et que les symptômes de turgescence et même de phlegmasie abdominale se montrent avec une intensité croissante.

Les changements de mauvais présage qui s'opèrent alors dans le cours de la maladie consistent en ce que les redoublements fébriles deviennent moins nettement séparés et plus longs, et surtout en ce que la recrudescence paroxystique qui s'annonce par un frisson, commence dans le cours du paroxysme précédent; les paroxysmes sont alors subintrants.

2111. Les fièvres assodes continues sont les plus dangereuses de toutes les fièvres dyspepsiques; quand elles sont intenses, comme on le voit souvent dans les épidémies d'été, principalement dans l'Europe méridionale et sur la côte d'Afrique, elles sont souvent mortelles; cette fâcheuse terminaison est surtout fréquente dans les fièvres bilieuses continues, qui se montrent épidémiquement sous les tropiques. La gravité de ces fièvres provient de l'intensité des accidents inflammatoires gastro-intestinaux et gastro-hépatiques, et de la violence de leurs symptômes pyrétiques qui se compliquent souvent d'accidents nerveux.

Expression générale du pronostic des fièvres gastriques continues.

Les fièvres ardentes continues sont surtout funestes aux sujets d'une faible constitution ou à ceux qui sont épuisés par des maladies antérieures; on voit peu d'enfants guérir de ces maladies; elles sont presque toujours mortelles chez les vieillards[1]; elles se terminent d'une manière funeste chez un très grand nombre des adultes étrangers au sol et au climat où elles règnent, et qui sont ainsi placés sous l'influence de l'acclimatement.

2112. Si la fièvre assode continue a d'abord été rémittente, si la maladie a été précédée d'une dyspepsie nidoreuse prolongée, ou qui s'est reproduite plusieurs fois à de courts intervalles, la manifestation rapide de symptômes inflammatoires abdominaux intenses, et la transformation de la fièvre dyspepsique d'abord rémittente en maladie continue, sont du plus fâcheux présage. On peut

Changement subit dans la marche de la maladie qui motive un fâcheux pronostic.

[1] Galeni; *in Hipp. aph.* 14, sect I. —Borsieri; *Inst. med.*, t. II, § CCCCXXVI, p. 243. —Schmidtmann; *Summa obs.*, etc., t. III, p. 374.

presque affirmer que la terminaison sera promptement funeste quand la maladie devient tout d'un coup très grave après avoir d'abord persisté pendant un certain temps avec une intensité modérée malgré la continuité prolongée de l'action des causes qui l'ont occasionnée[1]. Nous n'avons jamais vu la maladie se terminer autrement que par la mort, lorsqu'au moment de cette récrudescence le malade tombe tout d'un coup dans une adynamie extrême avec refroidissement des extrémités et grande fréquence du pouls.

Expression générale du prognostic des fièvres assodes ataxiques.

2113. Les fièvres assodes ataxiques ne sont pas plus graves que les fièvres dyspepsiques continues, et même que les fièvres assodes rémittentes, pourvu que les accidents ataxiques proprement dits ne soient pas joints à une grande intensité de l'état fébrile et surtout à la présence de symptômes d'inflammation grave des viscères. Les faits que nous avons rapportés, montrent avec quelle facilité on obtient souvent la guérison de ces maladies (1827 *et sqq.*), lorsque les accidents fébriles proprement dits ne sont pas d'une grande violence, nonobstant les épiphénomènes nerveux spasmodiques et délirants qui leur impriment l'apparence d'une extrême gravité.

Enumération générale des symptomes d'après lesquels on établit le prognostic des fièvres dyspepsiques.

2114. Le prognostic des fièvres dyspepsiques s'établit surtout par la considération de l'intensité et de la forme de certains phénomènes morbides habituels ou fréquents dans ces maladies, et par la considération de la marche et de la succession de leurs périodes.

Les phénomènes morbides habituels ou fréquents dans les fièvres assodes d'après lesquels le prognostic peut être établi, sont : 1° les évacuations par les vomissements ou par les selles; 2° les sueurs; 3° les changements de qualité et de quantité des urines; 4° les symptômes pyrétiques proprement dits; 5° l'état général des forces; 6° les symptômes d'inflammation des viscères abdominaux; 7° les accidents nerveux.

[1] Duretus; *Theorem. ad prog.*, 7.

Prognostic déduit de la présence des vomissements et des évacuations alvines.

2115. Les vomissements, et surtout les évacuations alvines d'une abondance modérée, lorsqu'ils ne surviennent pas dès l'invasion de la maladie dyspepsique, mais après qu'elle a duré pendant quelques jours, et après que l'intensité de l'état fébrile a diminué (1876), annoncent en général une terminaison facile et prompte de la maladie, « pourvu qu'en même temps que se produisent les évacua- » tions, l'anxiété et la céphalalgie cessent, que les frissons » et la chaleur paroxystiques ne reviennent pas, mais qu'il » s'opère une diaphorèse légère, et que le pouls devienne » plus mou et plus régulier[1]. »

2116. Dans les simples dyspepsies nidoreuses, surtout dans celles qui ont débuté d'une manière subite, sous l'influence de causes qui ont troublé instantanément la digestion, le vomissement non seulement des aliments imprudemment ingérés et des matières chymeuses plus ou moins mal élaborées, mais même l'expulsion par les voies supérieures de matières bilieuses et pituiteuses, sont habituellement suivis du prompt rétablissement des malades, pourvu cependant, comme le remarquait Hippocrate, en donnant les caractères des vomissements utiles dans les maladies, que la quantité de matières vomies ne soit pas très abondante, et ne soit formée que de pituite et de bile[2], c'est à dire des seuls liquides qui sont à l'état normal déposés dans l'estomac. Les évacuations alvines liquides, formées de matières stercorales mêlées de bile, survenant sans autres douleurs dans l'abdomen que quelques coliques sous-ombilicales modérées, sont aussi ordinairement dans les mêmes circonstances, suivies d'un prompt rétablissement.

2117. Dans les dyspepsies nidoreuses qui existent depuis plusieurs jours, les vomissements pituiteux et bilieux indi-

[1] *Lud.* Finke; *De morbis bilio. anom.*, p. 26. Curt. Sprengel; *Instit. med.*, t. VI, *Path. specia.*, vol. I, cap. XI, § 153.

[2] *Coacæ prænot.* Edent. Foesio, n° 556.

quent plutôt une exacerbation de la maladie qu'une diminution des accidents ; ils précèdent et même accompagnent fréquemment la manifestation de la fièvre, et par conséquent le passage de la maladie à l'état de fièvre gastrique. Les évacuations liquides mucoso-bilieuses, pouvu qu'elles soient peu fréquentes et qu'elles ne coïncident pas avec une aggravation de l'anxiété des malades ou avec des douleurs lombaires et surtout avec une augmentation de la céphalalgie, sont toujours utiles; il est rare que la dyspepsie nidoreuse avec laquelle elles coïncident devienne une maladie grave, le plus souvent au contraire elle se termine en quelques jours.

Prognostic déduit de la présence ou de l'absence des évacuations alvines dans les fièvres dyspepsiques.

2118. Dans les fièvres assodes, les évacuations liquides modérées qui se font sans douleurs abdominales vives, sans tension prononcée de l'abdomen, sans une vive anxiété, et surtout, en même temps que la peau perd sa chaleur sèche et devient halitueuse, sont en général utiles; leur présence indique presque toujours une heureuse terminaison de la maladie. Ce prognostic est fondé même lorsque ces évacuations coïncident avec des vomissements pituiteux et bilieux rares et modérés et qui ne sont pas joints à une sèche cardialgie. Ces symptômes furent toujours d'un heureux présage dans l'épidémie de fièvres gastriques bilieuses que B. Sylvaticus observa à Lucques en 1648, de même que dans les fièvres épidémiques de Gœttingue et du Tecklembourg. Stoll remarquait, en 1779, que la diarrhée, quoique moins utile dans les fièvres pituiteuses qu'elle n'avait paru l'être dans les fièvres bilieuses, était très avantageuse lorsqu'elle n'excédait pas deux ou trois déjections par jour. Ceux dont le ventre restait resserré pendant tout le temps de la maladie éprouvèrent des accidents du côté de la tête et de la poitrine, et même leur vie fut en danger [1]. Nous nous croyons autorisé par l'observation clinique à généraliser cette observation de Stoll, qui ne se rapportait qu'à la

[1] Eph. ann. 1779; *Med. prat.*, trad. de Mahon, t. III. p. 126.

constitution épidémique de 1779. Nous considérons avec Stahl[1] et Heister[2] comme une circonstance fâcheuse que le ventre soit tout à fait resserré dans les maladies assodes, sans cependant porter la valeur de ce prognostic jusqu'à le regarder comme devant faire toujours prévoir une terminaison funeste.

Prognostic déduit de la présence des vomissements dans les fièvres dyspepsiques.

2119. La manifestation des vomissements de matières bilieuses porracées ou de matières muqueuses peu abondantes, fréquemment répétés, surtout quand elle coïncide avec de la chaleur à la gorge, une vive cardialgie, de la constipation, de l'anxiété, de l'agitation, l'agrypnie, la chaleur vive et sèche de la peau, est un accident du plus fâcheux prognostic; il indique qu'une véritable phlegmasie s'établit à l'estomac. Si l'on ne voit la fièvre cesser dans le jour ou le lendemain, il est rare que la maladie ne se termine pas d'une manière funeste, surtout chez les vieillards. Quand cet accident survient dans le cours de la fièvre rémittente gastrique, à moins qu'il ne soit limité à la durée du frisson initial des paroxysmes, la maladie prend immédiatement le caractère de la fièvre ardente continue; les extrémités se refroidissent, le pouls s'affaiblit, devient irrégulier, la respiration devient anxieuse, et la mort est prochaine[3].

Prognostic déduit de la diarrhée dans les fièvres dyspepsiques.

2120. Les évacuations alvines séreuses ou séro-muqueuses, plus ou moins mélangées de bile, quand elles sont abondantes et rapides, et qu'elles se trouvent jointes à une augmentation de l'intensité des symptômes fébriles, et surtout à une anxiété extrême avec chaleur et sécheresse de la peau, motivent un fâcheux prognostic; si elles persis-

[1] *Opus. chym. med.*, p. 612 et sqq.

[2] *Comp. med. pract.*, cap. v, § XVI.

[3] Hippocrate a signalé le danger de ces vomissements dans ses prénotions de Cos : *Exigui vomitus biliosi male habent ægrotos ; idque cum alias, tum si vigilias agitaverint.* (Dureti, *Comm.*. lib. III. Tract. IV, Coac., 8). — *Vomitus meraci, anxiosi, mali.* (Prædict., lib. I.) — *Qui crebro et parce biliosi sunt vomitus, meri, male habent ægrotos; idque cum alias, tum in multa dejectione, et in prægrandi lumborum dolore.* (Dureti, lib. III, Tract. IV, Coacæ, 10.)

tent, les forces déclinent rapidement, les extrémités se refroidissent, le pouls devient petit et irrégulier et les malades succombent très promptement[1], surtout si ce sont des vieillards ou des enfants. Nous avons plusieurs fois observé cet accident funeste dans les dyspepsies nidoreuses et surtout dans les fièvres assodes compliquées de pneumonie, d'érysipèles ou d'anthrax; les ouvertures des cadavres ne nous ont point fait reconnaître de phlegmasie intestinale plus étendue et plus prononcée dans ce cas que dans beaucoup d'autres où rien de semblable ne s'était manifesté. Le développement des cryptes mucipares ne s'est même pas toujours rencontré à un haut degré après ces sortes de diaphorèses excessives du tube digestif (1956 *et sqq.*).

Les diarrhées bilieuses ou muqueuses, qui surviennent dans les maladies assodes avec une douleur plus ou moins vive et continue dans l'abdomen, avec la tension des hypochondres et des flancs, souvent avec du ténesme, ne sont le plus souvent pas si abondantes que celles que nous venons de signaler; elles indiquent une véritable phlegmasie intestinale. Quand elles se manifestent, la fièvre se prononce davantage et devient continue, la peau se sèche, le malade a une soif vive, la langue devient visqueuse, lisse et fendillée; cet accident est grave, mais il est d'un prognostic beaucoup moins fâcheux que celui qui se déduit de la présence des diarrhées abondantes et comme colliquatives. On perd un assez grand nombre de ceux qui l'éprouvent; mais on en guérit aussi, pourvu que ce soient de jeunes sujets que la maladie a surpris dans un état de santé florissant.

Prognostic déduit de la présence des sueurs dans les dyspepsies nidoreuses.

2121. La sueur modérée est toujours un symptôme avantageux dans le cours des dyspepsies nidoreuses pourvu qu'elle coïncide avec une diminution de la céphalalgie et de l'intensité des douleurs contusives des membres. Quand ce symptôme se manifeste et se reproduit chaque matin à

[1] Hippocrate a dit: *In febre ardente si alvus profuse feratur, mortiferum*, (Dureti; *Comm.*, lib. I. Coac. 135.)

la suite ou au début d'un sommeil calme et réparateur, surtout lorsqu'il coïncide avec l'interruption même temporaire des douleurs céphalalgiques, il est rare que la maladie se prolonge plus de trois ou quatre jours.

2122. Dans les fièvres assodes rémittentes la sueur de la fin des paroxysmes, si elle est accompagnée d'une rémission, sinon complète, au moins très marquée des accidents et particulièrement des symptômes pyrétiques, annonce que la maladie marche en diminuant; aussi voit-on d'ordinaire, dès que cette diaphorèse s'est manifestée, les paroxysmes perdre immédiatement de leur intensité, la céphalalgie s'effacer dans la rémission, l'anorexie et la soif disparaître. Le bien être que les malades éprouvent par cette diaphorèse et la diminution rapide de symptômes dyspepsiques, que nous avons toujours observée dans ces cas, nous fait considérer ces sueurs paroxystiques comme une crise évidente. Galien regardait comme étant souvent avantageuse dans les fièvres assodes rémittentes, la manifestation des sueurs paroxystiques quand elles sont générales et qu'elles surviennent dans un accès précédé d'un frisson léger et qui coïncide avec une suppression des évacuations alvines et même des urines [1].

Prognostic déduit de la présence des sueurs dans les fièvres dyspepsiques.

Dans les fièvres assodes continues la présence des sueurs critiques est rare; quand elles surviennent, ce n'est qu'après que tous les symptômes graves de la maladie ont déjà subi une notable diminution; elles sont pour ainsi dire un symptôme de résolution de la maladie qui vient ajouter à la valeur des autres symptômes favorables et les compléter (1874).

2123. Les sueurs profuses surviennent dans les maladies assodes plus souvent comme un phénomène de fâcheux prognostic que comme une crise utile. Lorsqu'elles se montrent même dans les dyspepsies nidoreuses simples, dès le début de la maladie, ou pendant que les symptômes abdo-

[1] Galeni; lib. III, *De cris. comm. in Hip. prœnot.*

minaux sont encore intenses, les accidents deviennent ordinairement plus graves (1574), et presque toujours la maladie prend le caractère de fièvre rémittente assode grave, ou même de fièvre assode continue. Le moins fâcheux effet de ces sueurs abondantes au début de ces fièvres est de donner à la maladie une tenacité qui la fait se prolonger outre mesure [1].

2124. La gravité de la maladie, quand les sueurs abondantes se manifestent dès son début, est surtout prononcée dans les fièvres assodes rémittentes et continues par l'effet de la diaphorèse abondante; les forces baissent rapidement, les extrémités se refroidissent, et presque toujours des vomissements fréquents avec des hoquets, ou de vives douleurs cardialgiques surviennent. Hippocrate et Galien ont signalé le prognostic [2] fâcheux qui se rattache ainsi à la manifestation des sueurs au début des fièvres. Nous avons déjà cité comme exemple de la vérité de ce prognostic les observations recueillies à Rouen, en 1769, par Lepecq de la Cloture (1784).

2125. La diaphorèse abondante qui se montre pendant le cours des fièvres assodes, même après que les symptômes initiaux ont été modérés, est ordinairement suivie d'une augmentation de tous les accidents, la prostration des forces augmente avec la céphalalgie et l'état de malaise et d'agitation du malade. Guideti a insisté sur cette circonstance que les sueurs ne sont pendant le cours des fièvres dyspepsiques qu'un symptôme fâcheux ordinairement suivi d'un état d'anxiété et de prostration des forces [3]. Heister a signalé [4] tout ce qu'a de grave cette manifestation

[1] Finke; *De feb. bilio anom.*, p. 26.

[2] *Qui una cum febre incidit sudor, si est acuta pestiferus* (Hipp., *apud* Duretum *in coac*, p. 489.)—*Sudoris frequentia et ubertas quæ cum auctis febribus commovetur, periculi locum subesse ostendit.* (Hip. *prorrh.* 231)—*Sudor in principio morbi, pravum symptoma est.* (Galeni, *Comment.*, II, lib. I, *in Epid.*, cap. 75.)

[3] J. Th. Guideti, *Dissert. de feb. bilio*, p. 15, § IX, in-8°, Lausanne, 1788.

[4] *Compend. med. pract.*, p. 87.

de sueurs abondantes, en rappelant et confirmant par sa propre expérience l'observation qu'Hippocrate avait déjà recueillie sur cette forme dangereuse des accidents dyspepsiques [1]. Si la maladie est rémittente et que la sueur se montre avec abondance dans le cours des paroxysmes, pendant que l'état fébrile et l'anxiété du malade augmentent, c'est un symptôme fâcheux. Les sueurs ne sont utiles qu'à la fin des paroxysmes et lorsque la maladie suit une marche décroissante évidente; cette remarque a été faite par Tissot dans l'épidémie de Lausanne (1912).

2126. Si les sueurs seules survenant au début de la maladie et pendant sa durée sont des symptômes de mauvais augure, elles sont encore bien plus fâcheuses quand leur manifestation vient se joindre à d'autres symptômes de mauvais prognostic, tels par exemple que des vomissements bilieux après des évacuations diarrhéiques colliquatives (2119). Dans ces cas, comme l'a remarqué Hippocrate, les sueurs sont l'indice d'une mort prochaine [2]. La diaphorèse abondante n'est alors qu'un effet de la détérioration extrême de toutes les fonctions organiques déterminée par la maladie du tube digestif portée à ses dernières limites; aussi coïncide-t-elle toujours dans ce cas avec la faiblesse extrême du pouls, le refroidissement des extrémités, la respiration anxieuse et fréquente et la prostration extrême des forces.

Valeur des observations des anciens sur le prognostic à déduire de l'état des urines dans les maladies.

2127. Dans l'état actuel de la science, la plupart des observations des anciens sur les changements que subissent les urines par suite des mutations des fonctions organiques qui s'accomplissent dans les maladies ne peuvent plus servir de règle de prognostic. Dans la plupart de ces observations, les faits sont mal établis relativement à la maladie dont le

[1] *In febre horrifera qui sœpe et multum sudore diffluunt, miserandi.* (Coacœ, *apud Dureti comment.*, p. 9, n° 13.)

[2] *Si cui post diuturnum alvi profluvium biliosa vomiturienti, et cibos aversanti, sudor effluit multus, repente interimit.* (Hip. *apud Dureti comm.; de deject.* Coacæ, 68.)

diagnostic est douteux, relativement aux modifications de l'urine qui n'ont pas été suffisamment caractérisées, relativement aux accidents morbides pronostiqués dont aucune description ne permet le plus souvent d'apprécier la nature. Nous nous bornons aux seules indications pronostiques des auteurs, que nos propres observations cliniques nous ont mis à même de vérifier, ou qui peuvent s'expliquer rationnellement par les circonstances dans lesquelles elles se produisent.

Valeur des urines pour le pronostic des maladies dyspepsiques.

2128. Dans un grand nombre de maladies dyspepsiques les urines sont limpides, peu colorées, quelquefois même incolores pendant le frisson initial de la maladie et pendant les frissons paroxystiques des fièvres assodes rémittentes; elles conservent quelquefois le même aspect dans la chaleur fébrile, surtout quand elle est très intense. Ces urines, que les anciens appelaient crues, n'indiquent rien moins que la terminaison prochaine de la maladie; aussi longtemps qu'elles persistent, dans les fièvres assodes continues et dans les fièvres dyspepsiques rémittentes à paroxysmes prolongés, nous avons toujours vu la maladie aller en augmentant d'intensité, ou au moins persister sans tendre à décroître. Nous regardons donc comme bien justifiée par l'observation, et applicable aux fièvres assodes, cette remarque du père de la médecine, adoptée du reste par tous les médecins anciens, que les urines blanches et pellucides sont de fâcheux présage[1]. Elles n'indiquent pas que la maladie sera nécessairement mortelle, ni même que le malade soit en grand danger, mais elles indiquent que la maladie persistera encore pendant un certain temps en augmentant d'intensité. Dans les fièvres ardentes aggravées par la présence d'une phlegmasie gastro-intestinale intense, les urines sont souvent blanches et aqueuses[2];

[1] Hipp. *Coacæ n°* 13, *Comment. Dureti*, p. 502.

[2] *Iis quos occupat febris ardens, aut iis qui cum febre sunt catochi; urina est pessima multum alba.* (Hipp. *Coacæ in Dureti comment.*, n° 25, p. 507.)

dans ces cas la terminaison funeste de la maladie est à craindre. Les urines limpides et aqueuses sont évidemment, par rapport à la maladie, ce que sont les sueurs abondantes, également fâcheuses dans les mêmes circonstances (2125); elles sont le produit d'une sécrétion colliquative qui indique l'imperfection ou la suspension de l'action organique des reins.

2129. Quand les urines, d'abord aqueuses et limpides, commencent à déposer un sédiment muqueux sous la forme d'énéorème, et surtout un sédiment rougeâtre, ou comme grisâtre, ou d'un gris rougeâtre, d'un aspect pulvérulent, ressemblant à de la brique pilée, on peut en induire un prognostic favorable. Si ce phénomène ne se montre que par intervalles, sa manifestation correspond à la cessation des paroxysmes rémittents; s'il continue à se reproduire en devenant de plus en plus prononcé, les intervalles des paroxysmes sont en même temps de plus en plus longs, et les accidents de moins en moins graves; si le sédiment des urines persiste sans cesser de se montrer, même pendant la durée des paroxysmes qui peuvent encore survenir, on peut considérer le terme heureux de la maladie comme imminent.

2130. Lorsque les urines paraissent troubles et sédimenteuses dès le début des maladies dyspepsiques, nous n'avons pas vu l'état morbide s'aggraver au delà du degré qu'il a atteint dans le premier ou au plus au deuxième jour de sa manifestation, et la maladie est toujours courte et bénigne [1]. On a souvent l'occasion de voir ainsi les urines sédimenteuses au commencement des dyspepsies nidoreuses et dans les fièvres assodes éphémères; dans tous ces cas la maladie est bénigne, et ses symptômes initiaux lorsqu'ils sont intenses ne conservent pas leur intensité pendant plus d'un jour ou deux. Alors les urines sédimenteuses, varient par leur quantité; le plus souvent elles

[1] *Quibus urina cito hypostasin habet; celeriter illi judicantur.* (Hipp. *Coacæ apud Dureti comment.*, n° 54, p. 522.)

sont peu abondantes lorsqu'elles commencent à paraître; elles augmentent ensuite à mesure qu'on s'approche de la terminaison de la maladie, époque à laquelle il n'est pas rare de les voir fournir une quantité de liquide de moitié plus grande que celle des boissons.

2131. Dans les fièvres assodes graves, quand les accidents commencent à perdre de leur intensité, les urines deviennent souvent troubles et hypostatiques, lors même que pendant tout le cours de la maladie elles ont été limpides et aqueuses; nous avons remarqué que la diminution de la maladie était alors rapide et facile, et qu'elle arrivait presque toujours par la conversion de l'état fébrile continu en paroxysmes de moins en moins intenses; si au au contraire les urines restent limpides et crues, la terminaison de la maladie se fait lentement et reste souvent incomplète par la manifestation de rechutes ou d'un état saburrhal chronique (1805 *et sqq.*). L'heureux prognostic qui se déduit de la présence des urines sédimenteuses ne se réalise que si ces urines persistent; si elles perdent ce caractère pour redevenir limpides et crues au bout d'un, deux ou trois jours, l'on a à redouter le retour des accidents graves de la maladie, ou la manifestation de symptômes fâcheux ultérieurs [1] (2120).

2132. La suppression d'urine est un symptôme des plus grave dans les fièvres assodes (1862). Nous l'avons observée quand la maladie se complique de diarrhée colliquative abondante (2120), ou de vomissements fréquents (2119); nous l'avons vue se produire dans l'intensité de l'état fébrile des paroxysmes des fièvres rémittentes dyspepsiques; elle arrive aussi dans l'état fébrile violent des fièvres ardentes, surtout quand ces fièvres atteignent cette extrême intensité marquée par une grande fréquence du pouls, avec faiblesse des battements artériels, froid des extrémités et prostration considérable des forces; la suppression d'urine

[1] L. L. Finke *De morb. bilio anom.*, p. 26.

dans tous ces cas est le présage presque certain de la mort des malades; elle est presque toujours l'effet d'une vive phlegmasie gastro-intestinale; elle indique évidemment que la circulation est altérée à tel point que les organes glanduleux n'accomplissent plus leurs sécrétions.

Rapport des modifications des urines avec les états morbides des organes urinaires secondairement affectés.

2133. Les qualités anomales et les altérations que présentent les excrétions urinaires dans les fièvres assodes sont souvent des signes de lésions inflammatoires secondaires des organes sécréteurs ou excréteurs de l'urine. Elles indiquent ainsi une complication de la maladie.

Les urines troubles et rouges qui laissent déposer un sédiment noir, sont des urines mêlées de sang qui indiquent une phlegmasie rénale des plus grave; ce sont les urines noires de si fâcheux augure, signalées par les anciens, et en particulier par Hippocrate.

Les sédiments anomaux des urines proviennent quelquefois de maladies secondaires des urétères et de la vessie; on devra donc, pour apprécier la valeur de ces sédiments, rechercher s'il existe en même temps des symptômes de catarrhes des urétères et de la vessie qui compliquent souvent les fièvres assodes dans les cas où les urines fournissent un sédiment de matière mucoso-puriforme, plus ou moins visqueuse.

Les urines d'un rouge safrané et comme huileuses s'observent souvent dans les fièvres assodes; elles coïncident avec la teinte ictérique des conjonctives et même d'une partie des téguments; le prognostic, dans ces cas, se déduit de l'importance de l'ictère dont ces urines sont un symptôme.

La conséquence de ces remarques est que les signes tirés des urines s'apprécient comme exprimant des affections des reins, de la vessie, du foie ou de l'état général du fluide circulatoire, ou seulement des modifications dans l'action des sécréteurs, et que le prognostic, d'après ces signes, doit se déduire de l'importance des affections qu'ils indiquent[1].

[1] Cette remarque, qui résume les causes immédiates des changements que

Valeur des jours critiques dans les maladies dyspepsiques.

2134. Tous les signes et surtout les signes favorables qui se déduisent des diacrises secondaires dans les maladies assodes, comme les vomissements, les déjections, les sueurs et les urines ne se produisent point à des jours déterminés. C'est pourquoi, comme le remarquait Baglivi [1], et après lui Quesnay et Borsieri [2], on ne peut appliquer à ces maladies la considération des jours critiques des anciens. Il faut apprécier l'importance de ces diacrises par le degré et l'intensité des accidents fébriles et des symptômes de trouble des grandes fonctions. Toutes les fois qu'elles se manifestent avec une augmentation d'intensité de la fièvre ou seulement du malaise, de l'agitation, de l'anxiété du malade, toutes les fois qu'on les voit survenir avec un affaiblissement et une irrégularité dans les pulsations artérielles, avec une diminution de la chaleur de la peau aux extrémités, avec un accroissement dans la prostration des forces, ces évacuations anomales ne sont que des symptômes de l'état de désordre et de détérioration que la maladie introduit dans toutes les fonctions organiques; elles sont alors des signes de mauvais présage. Elles ont au contraire toujours pour résultat de hâter le terme de la maladie et d'assurer sa terminaison complète et facile quand, à mesure qu'elles se produisent, les douleurs contusives des membres s'apaisent, l'agitation cesse, le sommeil tend à se rétablir, le pouls perd de sa fréquence et devient plus large et moins vite. Ce sont ces différences dans la valeur des signes fournis par les diacrises intercurrentes dans les fièvres dyspepsiques que les anciens exprimaient en disant que les diacrises sont nuisibles dans la période de crudité de ces

présentent les urines dans les maladies, est un des plus importants préceptes de la pathologie générale; il appartient à Galien : *Urina ostendit affectionem hepatis, renum, vesicæ, ipsorumque vasorum sanguinem continentium : tum facultatis humorem procreatricis virtutem et infirmitatem.* (Prorrh. 2, sect. II, n° 1.)

[1] *Prax. med. de crisi et dieb. crit.* § I, p. 30. Edit. Venet., 1761, in-4°.

[2] *Instit. med. pract.*, Part. III, § CCCLXXVI.

fièvres, et critiques et utiles dans la période de coction.

2135. Les phénomènes pyrétiques proprement dits, fournissent dans les maladies assodes les plus importantes indications prognostiques. Lorsque l'état fébrile manque, ou lorsqu'il est modéré, malgré toute l'intensité des symptômes de trouble fonctionnel de l'appareil gastro-intestinal, on peut presque toujours porter un heureux prognostic sur l'issue de la maladie. L'intensité relative des différents symptômes fébriles fournit ainsi les règles les plus sûres pour établir des indications prognostiques dignes de confiance. Des signes prognostiques qui se déduisent des symptômes pyrétiques.

2136. La fréquence extrême du pouls ordinairement liée à sa débilité et à des irrégularités dans la succession des battements artériels, est un signe prognostic des plus fâcheux qui précède toujours de deux ou trois jours la terminaison fatale de la maladie. La gravité de ces symptômes pyrétiques intenses s'apprécie surtout par leur coïncidence avec les phénomènes graves qui indiquent une grande dépression de toutes les fonctions organiques, comme par exemple le froid des extrémités, la suppression des urines, la pâleur et l'aspect terreux et jaunâtre de la peau, les sueurs froides aux tempes et sur le cou. Dans les fièvres gastriques graves on observe quelquefois dès le début de la maladie et au moins au bout de deux ou trois jours de sa durée, l'augmentation d'intensité des symptômes pyrétiques se montrant avec un affaissement rapide des traits du visage et des forces musculaires. Ces symptômes indiquent habituellement que la maladie se terminera d'une manière funeste [1].

2137. L'inégale distribution de la chaleur sur le corps et sur les membres, hors le temps des frissons initiaux des paroxysmes, lorsqu'elle s'annonce par le froid des extrémités, ou par un sentiment d'ardeur et comme de brûlure intérieure pendant que les extrémités sont froides ou n'ont au Signes prognostiques déduits de la chaleur du corps et des membres.

[1] *Morbus est summe exitialis, dùm per initia facies cadaverosa redditur, absque aliqua causa externa.* (Galeni, *Comm.* I, *in prognost.*, cap. VIII.)

moins qu'une température qui n'excède qu'à peine la température normale, indique que la maladie a un haut degré de gravité qui doit toujours faire craindre une terminaison funeste. Si ces phénomènes persistent, la terminaison fâcheuse de la maladie est presque inévitable. Nous pouvons invoquer sur ces indications prognostiques que justifie notre expérience, les observations des anciens ordinairement si précises et presque toujours si exactes sur le prognostic.

Hippocrate regardait comme étant toujours très dangereuses les fièvres tritéophiques dans lesquelles le refroidissement augmentait pendant le cours de l'état fébrile [1]. Le refroidissement des extrémités, disait Galien, s'il se joint au début de la maladie, à une fièvre très intense, est un signe des plus pernicieux [2].

La distribution inégale de la chaleur au corps et aux membres se remarque particulièrement dans les fièvres rémittentes assodes; elle a été signalée à Rome par Lancisi comme un phénomène très grave dans ces maladies. Si nous devions apprécier cet état morbide par nos propres observations, nous le regarderions comme annonçant toujours une terminaison funeste. Dans les fièvres rémittentes des régions tropicales c'est, suivant Dewees, un signe fréquemment observé du plus haut degré de gravité de la maladie que les extrémités restent froides après le frisson initial, et même dans les intervalles des paroxysmes pendant que la chaleur fébrile est très élevée sur les autres parties du corps et surtout vers la tête [3].

2138. Dans les fièvres dyspepsiques continues, lorsque l'inflammation gastro-intestinale a une très grande intensité, le froid des extrémités coïncide ordinairement avec

[1] *Prænot. coacæ apud Dureti comment.*, lib. 1, n° 27.

[2] *Comm.* III *in lib.* I, Hipp. *epid.*, cap. XXI.

[3] *A practice of physic by W. P.* Dewees, vol. I, cap. III, p. 109, in nota; Philadelphia, 1830.

une soif très vive, une ardeur interne excessive, une grande agitation et une adynamie extrême; le pouls, dans ces cas, est toujours très fréquent, et le plus souvent dépressible et irrégulier. Les malades qui sont dans cet état ne tardent pas à succomber, comme l'avait déjà remarqué Hippocrate [1]. Les fièvres assodes ataxiques présentent quelquefois, mais moins souvent néanmoins que les fièvres dyspepsiques continues, ces symptômes funestes lorsqu'elles sont intenses. Presque toujours le délire ou plutôt la rêvasserie avec un état semi-comateux coïncide avec ces fâcheux phénomènes.

Prognostic déduit du refroidissement de la langue et de l'haleine.

2139. Le refroidissement de la langue et de l'haleine avec un état fébrile marqué par une grande fréquence du pouls, est un symptôme qui coïncide souvent avec le froid des extrémités et le sentiment d'une ardeur interne très vive. Nous n'avons pas vu de malades guérir après avoir présenté ce symptôme que Galien a remarqué, au moins en ce qui se rapporte à l'expiration d'une haleine froide, comme un des signes les plus pernicieux [2].

Prognostic déduit de l'agitation et du délire.

2140. L'agitation extrême, l'anxiété, et surtout le délire sont des symptômes pyrétiques graves et fréquents dans les fièvres assodes. Quand ces symptômes cessent avec l'exacerbation fébrile, ils indiquent toujours une grande intensité de la maladie, mais ils ne sont pas des signes funestes. On les voit souvent dans les fièvres bilieuses épidémiques d'été; ils sont aussi fréquents dans les fièvres rémittentes des tropiques; lorsqu'ils persistent après les paroxysmes et dans leurs intervalles, ils sont du plus fâcheux présage [3].

Prognostic motivé sur l'état adynamique dans les fièvres assodes.

2141. Dans toutes les maladies assodes les forces sont brisées à un haut degré (1843); la prostration est donc en gé-

[1] *In acuta febre exteriora perfrigerari, interiora vero sic uri, exitum portendit.* (Hipp. *Prœnot. co. apud Dureti comment.*, lib. I, n° 121.)

[2] *Expiratio frigida. inter signa perniciosissima febrium annumeratur.* (*Comment. in epid.*, lib. II, n° 4, cap. XXX.)

[3] *A practice of phys. by W. P. Dewees*, vol. I, cap. III, p. 110.

néral, un signe moins fâcheux dans ces maladies que dans beaucoup d'autres états pathologiques; toutefois ce symptôme est d'un fâcheux prognostic lorsqu'il devient extrême; il indique même toujours, suivant la remarque de Galien, une maladie grave lorsqu'il est très prononcé [1], ou lorsqu'il ne cède pas avec la diminution des accidents dyspepsiques proprement dits; il devient encore plus grave, surtout lorsqu'il coïncide avec un état de subdelirium et une agitation extrême; c'est presque toujours par ce signe que l'on peut prévoir la terminaison funeste imminente des fièvres assodes des vieillards.

2142. L'adynamie extrême se joint presque toujours à un affaiblissement de la voix, et à un état de stupeur et de somnolence. Dans les fièvres assodes et même quelquefois dans les simples dyspepsies nidoreuses des enfants, l'extinction de la voix est un signe d'adynamie d'une grande valeur, parce que c'est celui qui se perçoit le plus facilement; il annonce presque toujours une terminaison funeste prochaine [2]. Dans quelques fièvres rémittentes gastriques graves l'adynamie se montre avec ces symptômes fâcheux dès le début et dans l'intensité du premier paroxysme. Dans les fièvres assodes continues, avec phlegmasie gastro-intestinale, l'adynamie prend aussi cette forme, surtout quand les malades sont tourmentés par de fréquents vomissements et des évacuations alvines souvent répétées (2119).

2143. Le symptôme le plus fâcheux de cette adynamie extrême est l'excrétion des urines se faisant involontairement et à l'insu des malades [3]. La rétention des urines et leur stase dans la vessie est aussi un symptôme très fâcheux

[1] *Exsolutio virium numquam est bona.* (*Comment. in progn.* cap. 14.)

[2] *Vocis interceptiones cum virium exsolutione et stupore detinente perniciosæ.* (Hipp. prædict., lib. I.) — « *Quæ cum exsolutione veniunt* » *vocis carentiæ, pessimæ.* » (Hipp. *Coacæ apud Dureti comment. de Voce;* n° 1).

[3] *Quinetiam perniciosa est omnis urina que clam emittitur.* (Hipp. *Coacæ prænot. apud. Dureti Comment.*, n° 17, p. 505.)

(2130); toutefois il ne justifie pas comme l'expulsion involontaire des urines arrivant à l'insu du malade la prévision presque certaine d'une issue funeste.

2144. L'intensité et le danger des fièvres dyspepsiques sont déterminés dans beaucoup de cas par la phlegmasie des viscères abdominaux (1852). On peut en juger par la manifestation de la plupart des signes fâcheux qui ont déjà été indiqués, que l'on observe surtout quand ces phlegmasies viennent joindre leur influence à celles des lésions spéciales qui appartiennent à ces maladies; les symptômes des phlegmasies sont donc d'une grande importance pour le prognostic des maladies qui nous occupent.

Prognostic à déduire de la présence des symptômes de phlegmasie abdominale dans les fièvres dyspepsiques.

2145. On peut juger par l'attention que les anciens ont apportée à rechercher et à signaler comme source des indications du prognostic les signes des phlegmasies des viscères abdominaux dans les fièvres assodes, de l'importance qu'ils attachaient à ces phlegmasies. La tuméfaction rénitente et la douleur des hypochondres, les symptômes de l'hépatite et de la gastro-entérite, ont été signalés par Hippocrate comme des signes des plus fâcheux dans les fièvres [1]. Galien a fait remarquer que ces symptômes ne diminuent pas par les évacuations bilieuses qui les accompagnent souvent; et que la coïncidence de ces évacuations avec ces symptômes hépatiques ne fait que rendre plus graves l'anorexie et l'anxiété que les malades en éprouvent [2].

2146. L'ictère qui se joint comme symptôme habituel au plus grand nombre des fièvres assodes que l'on a désignées comme bilieuses (1840), n'est point un signe fâcheux tant qu'il se montre sans les symptômes de l'hépatite, c'est à

Prognostic motivé par la présence de l'ictère dans les fievre assodes.

[1] *At vero tumor in hypochondriis durus quidem ac dolorificus, pessimus est.* (Hip. *Coacæ prænot. apud Dureti Comment.* de hypochondriis, cap. III.)

[2] *Biliosorum malignorum dejectio non extinguit hypochondriorum ardorem, sed excitat; fastidiumque et anxietatem inducit.»* (*Comment.* 3, *in Lib. de victu in acutis*. cap, XIV.)

dire sans douleur vive et tension aux hypochondres et à l'épigastre, sans tuméfaction appréciable du foie, sans hocquet, sans les symptômes d'une phlogose prononcée de la membrane muqueuse gastro-intestinale; il disparaît dans ces cas dès que les symptômes saburrhaux proprement dits diminuent.

Si au lieu de se montrer avec cette absence de symptômes inflammatoires, l'ictère en est au contraire accompagné, ou bien s'il paraît pendant le cours de la maladie avec les symptômes de l'hépatite (1851) et surtout avec le hocquet qui indique que la phlegmasie hépatique occupe la convexité du foie et le tissu cellulaire et le péritoine diaphragmatiques, c'est un signe des plus fâcheux que Baglivi considérait avec Hippocrate comme mortel [1]; toutefois, même dans ces cas, comme lorsque l'ictère paraît dès le début de la maladie, si les symptômes inflammatoires du foie sont modérés, l'on ne doit pas attacher à sa présence un si fâcheux prognostic, surtout quand il se joint à une diarrhée bilieuse modérée. Il peut disparaître en quelques jours avec les autres symptômes graves de la maladie; cela s'observe dans les fièvres rémittentes du Bengale. Dans les fièvres rémittentes de nos climats l'on voit quelquefois l'ictère se manifester sans les signes de l'inflammation hépatique, au septième ou huitième jour; il précède souvent alors l'invasion d'une diarrhée véritablement critique (2118). Baumes dans ces cas considérait toujours l'ictère comme un symptôme de bon augure [2]. Dans les fièvres assodes continues intenses on ne peut guère compter sur une terminaison facile en présence de ce symptôme toujours grave, et souvent précurseur d'une issue funeste.

Prognostic à déduire de la présence des signes d'inflammation gastro-intestinale

2147. Les douleurs à l'épigastre, la tension de cette partie de l'abdomen, l'ardeur à l'estomac, la soif vive et les

[1] *In febribus ardentibus si accedat morbus regius et singultus quinto die lethale.* (*Pra. med.*, lib. I, *in capit. de ictero flavo.*)

[2] *Traité des fièvres rémitt.*, t. I, p. 197.

vomissements qui s'y joignent (2119) indiquent que la muqueuse de l'estomac est le siège d'une irritation inflammatoire et même d'une phlegmasie plus ou moins intense qui ajoute beaucoup à la gravité de la maladie. Tous ces symptômes sont d'un prognostic fâcheux; on les trouve surtout dans les fièvres assodes continues. Hippocrate a signalé toute leur gravité en disant que les fièvres qui proviennent des douleurs précordiales sont malignes [1], et qu'il est toujours fâcheux que les malades éprouvent dans ces fièvres une vive chaleur abdominale et une douleur mordicante à l'orifice de l'estomac [2].

2148. Le météorisme de l'abdomen, le plus souvent précédé et presque toujours accompagné de la suppression des évacuations alvines, se joint ordinairement aux symptômes de la phlegmasie gastro-intestinale au plus haut degré des fièvres assodes, et surtout des fièvres assodes continues. Quand ces symptômes, que le médecin de Cos a aussi signalés [3], se manifestent, la maladie est ordinairement parvenue à une extrême gravité, le mouvement péristaltique du tube digestif est interrompu, soit par l'effet de la violence de la phlegmasie de la muqueuse gastro-intestinale, soit par une sorte d'adynamie ou de semi-paralysie de la couche musculaire gastro-intestinale qui résulte comme l'adynamie générale de l'influence de la maladie sur le système nerveux. Quand la maladie est arrivée à ce degré la terminaison funeste est ordinairement prochaine.

2149. Le météorisme de l'abdomen, surtout dans les maladies qui nous occupent, est toujours un signe fâcheux, principalement quand il se joint à la suppression des évacuations alvines et urinaires; surtout lorsque cette suppression

[1] *Febres ex præcordiorum doloribus, malignæ.* (*Prædict. Coacæ*, lib. I.)

[2] *In febribus circa ventrem æstus vehemens et oris ventriculi morsus, vel dolor, malum.* (*Aph.* 65, sect. IV).

[3] *Quibus hypochondria tumore assurgunt, alvo suppressa, malum.* (Hip. *apud Dureti comment. in coacis prænot.* De hypochondriis, cap. XVII.)

des excrétions succède subitement à la diarrhée. Dans les cas les plus graves les malades ne rendent même plus de flatuosités par l'anus [1], malgré l'accumulation des gaz dans les intestins, évidente par le développement tympanitique de l'abdomen. Il existe toujours dans ces cas une phlogose très étendue de la membrane muqueuse gastro-intestinale qui a entraîné la paralysie complète de la couche musculaire du tube digestif.

Prognostic motivé par la présence des phlegmasies bucco-pharygiennes dans les fièvres assodes.

2150. La manifestation des angines et des phlegmasies des cryptes mucipares buccales (1857), caractérisée par les aphthes sur la muqueuse linguale et pharyngienne, est d'une grande valeur pour le prognostic. Dans les simples dyspepsies nidoreuses l'angine légère et plus encore la présence des aphthes en quantité modérée ne suffisent pas pour motiver un prognostic défavorable. Toutefois, les dyspepsies nidoreuses compliquées de ces phlogoses peu étendues sont toujours plus rebelles; si la maladie cède quelquefois facilement, elle se reproduit aussi avec une grande facilité. Presque toujours il se manifeste plusieurs récidives, surtout si cette phlogose bucco-pharyngienne persiste encore quand les symptômes saburrhaux semblent tout à fait dissipés (1907).

2151. Les fièvres assodes compliquées de ces angines bucco-pharyngiennes érythémoïdes manifestées surtout par la présence des aphthes sont toujours graves, la phlegmasie abdominale est presque toujours imminente pendant leur durée; dans la plupart des cas, elle devient un épiphénomène dominant de la maladie. Ce symptôme n'est souvent, surtout chez les vieillards et chez les enfants, que le précurseur d'une terminaison funeste. La pratique justifie encore sur ce point le résultat des observations d'Hippocrate, quand il dit que les ulcérations gutturales dans les fièvres, quand elles sont jointes à quelque autre signe

[1] *Febribus alvo inflata, si flatus liberum exitum non habent, malum.* (*Apud Duret comment. in coacis prænot.*, lib. I, n° 46.

grave, indiquent un grand danger[1]. Le signe le plus fâcheux que nous ayons remarqué avec la présence des aphthes et des érythèmes gutturaux, c'est la présence de la diarrhée avec ténesme ou les symptômes dysentériques. Cette observation avait été faite par Rœderer et Wagler, dans l'épidémie de Gœttingue.

Prognostic motivé par la présence des accidents nerveux dans les fièvres dyspepsiques.

2152. Les accidents nerveux sont des symptômes toujours effrayants dans les maladies assodes (1826); toutefois leur importance varie beaucoup suivant les sujets. Chez les jeunes femmes irritables, chez les enfants, il n'est pas très rare d'observer particulièrement au début des paroxysmes des accidents convulsifs qui se dissipent avec facilité et ne motivent point ainsi un prognostic défavorable. Stoll a établi avec raison une différence entre ces symptômes initiaux de la maladie et les accidents convulsifs qui se montrent pendant son cours. Ces derniers indiquent souvent une gravité extrême de la maladie, tandis que les convulsions du début se dissipent souvent avec rapidité, et ne se reproduisent plus pendant le cours de la fièvre gastrique qui suit avec facilité sa marche régulière. Il ne faut pas cependant adopter cette observation sur le prognostic à déduire de la manifestation des convulsions comme une règle trop absolue; la pratique justifie journellement cette remarque de Stoll, que les conséquences à tirer de la présence de ces accidents est souvent incertaine, et qu'il n'est pas très rare de voir des malades se rétablir après avoir éprouvé des accidents spasmodiques très graves, et d'autres succomber après l'invasion d'épiphénomènes nerveux peu prononcés[2].

Nécessité de distinguer pour le prognostic les accidents nerveux simples des symptômes de l'encéphalite.

2153. Le prognostic à déduire de la présence des accidents convulsifs et délirants serait plus arrêté et toujours très

[1] *Fauces exulceratæ in febre, cum alio signo difficili, periculosum.* (*Apud Dureti comm. de cervi*, cap. I). On trouve encore dans Hippocrate (*lib. de prænot.*) *Fauces exulceratæ cum febre horrenda sunt; ex his quæ antea mala esse judicata sunt, in periculo hominem versari prædicandum est.*

[2] Stoll, *Med. prat.*, trad. de Mahon, t. II, p. 201.

fâcheux, s'ils provenaient, comme un trop grand nombre de médecins le pensent, de phlegmasies encéphaliques survenant comme complication des maladies assodes. Les observations cliniques et les recherches sur les cadavres démontrent que cette opinion est une des erreurs les plus grandes qui aient été avancées. La manifestation des encéphalites dans le cours des affections dyspepsiques est très rare, et ce n'est pas ordinairement par les convulsions qu'elle s'annonce. On peut encore dire que les encéphalites existent rarement chez les sujets où cet état morbide est compliqué de phénomènes spasmodiques et délirants.

Du prognostic déduit de la marche et de la succession des accidents morbides dans les fièvres dyspepsiques.

2154. La marche et la succession des accidents morbides dans les maladies assodes sont les éléments les plus sûrs du prognostic; plus la succession des accidents se rapproche de la marche continue, plus le prognostic est grave, surtout si ces accidents vont en augmentant d'intensité. On ne tarde pas alors à reconnaître la manifestation des symptômes de phlegmasie abdominale avec tout le danger qui se rattache à leur présence (2147). Quand la maladie assode a suivi la marche rémittente ou même intermittente, et que les accidents tendent à la continuité, la conversion de la maladie en fièvre ardente n'est pas douteuse, et l'on peut redouter la terminaison par métaptose typhode (1900). Lorsque les paroxysmes rémittents ont de l'intensité, s'ils se prolongent de plus en plus en se répétant, l'adynamie se prononce ordinairement avec rapidité et à un haut degré, et la terminaison funeste devient souvent prochaine, surtout quand la maladie affecte des sujets avancés en âge ou affaiblis déjà par des maladies antécédentes (2141 *et sqq.*). Le prognostic est surtout fâcheux dans ces cas quand les paroxysmes s'accompagnent d'une vive agitation et d'accidents nerveux [1].

[1] Hippocrate a formulé ce prognostic en disant : *Febres quæ proxime ad tertianarum naturam accedunt cum incontinenti jactatione, malignæ sunt.* (*Coacæ prænot.* 33.)

**Art. VII. Thérapeutique des dyspepsies nidoreuses et des fièvres assodes.**

2155. Il est peu de maladies dont la curation repose sur des principes rationnels aussi bien établis que les dyspepsies muqueuses ou nidoreuses et les fièvres assodes. Les indications thérapeutiques principales se déduisent de la nature de la diacrise gastro-intestinale qui constitue la lésion primitive et originelle de ces maladies, et des modifications que cette condition morbide peut recevoir aux différents degrés de l'état pathologique (1997 *etsqq.*). Le choix des moyens thérapeutiques est principalement déterminé par l'appréciation de leur action directe sur le tube digestif et des effets qui résultent de cette action immédiate dans l'état pathologique des sécrétions des cryptes mucipares et des glandes annexes de l'appareil gastro-intestinal.

§ I. *Thérapeutique des dyspepsies nidoreuses, ou des états saburrhaux, ou des embarras gastro-intestinaux muqueux et bilieux des auteurs.*

**Principe général sur la convenance de la médication expectante.**

2156. Quand les dyspepsies nidoreuses sont d'une intensité modérée, comme elles ne déterminent pas d'accidents graves et se terminent d'elles-mêmes dès qu'on soustrait le malade à l'influence de toutes les causes qui peuvent les entretenir, la thérapeutique rationnelle la plus sage consiste à placer le malade dans des conditions favorables pour que la maladie arrive d'elle-même à une heureuse terminaison (1705, 1717), sans recourir à l'emploi de médicaments actifs.

La méthode thérapeutique expectante qui constitue cette médication convient dans tous les cas où l'on peut espérer une terminaison spontanée de la maladie ; pendant qu'on se borne à éloigner l'action de toutes les causes qui peuvent déterminer ou entretenir la diacrise gastro-intestinale, et à prescrire des moyens propres à favoriser cette heureuse terminaison. Cette méthode expectante est le point de départ de la thérapeutique rationnelle, même la

plus active, des maladies assodes, car les moyens dont elle détermine l'emploi sont encore absolument indiqués lors même qu'il devient nécessaire d'opposer à la maladie l'action des agents thérapeutiques perturbateurs.

Source principale des plus importantes indications thérapeutiques de la médication expectante des dyspepsies nidoreuses.

2157. Les indications principales de la méthode de traitement expectante des dyspepsies nidoreuses se déduisent de la suspension ou au moins de l'imperfection des fonctions digestives par suite de la diacrise gastro-intestinale; de la surcharge qu'éprouve le tube digestif par la présence des produits sécréteurs altérés, accumulés dans sa cavité; de l'irritabilité exagérée de la muqueuse gastro-intestinale à cause de l'état de turgescence diacritique dans lequel se trouvent les organes crypteux qui entrent dans sa texture (2002). Ces conditions morbides établissent d'abord la nécessité de suspendre l'administration de toutes les substances alimentaires qui exigeraient une action digestive même modérée; cette action digestive imparfaite ne fait pas subir une coction normale aux aliments; elle les convertit en topiques difficiles à supporter par le tube digestif et qui deviennent des causes accessoires de la maladie, en augmentant la sécrétion altérée et en ajoutant par leur présence à la surcharge que le tube digestif subit par les saburrhes. La nature des lésions morbides du tube digestif conduit à adopter des moyens propres à favoriser l'expulsion, ou à altérer les qualités des saburrhes accumulées dans le tube intestinal, tant comme résidu d'un chyme imparfaitement élaboré, que comme produits d'une sécrétion muqueuse et bilieuse et probablement pancréatique viciée. Enfin les modifications de vitalité de la muqueuse des premières voies indiquent l'administration des moyens propres à calmer, ou au moins impropres à augmenter l'irritabilité diacritique dont elle est le siège.

Du régime alimentaire approprié à la curation des dyspe-

2158. Le régime est la partie la plus importante de la médication expectante; bien qu'il comprenne comme pour la curation de toute maladie, l'administration mesurée de

tous les moyens de l'hygiène, c'est particulièrement à régler les ingestions alimentaires qu'il s'applique dans la thérapeutique des dyspepsies nidoreuses (2039 *et sqq.*). psies nidoreuses.

Les aliments doivent être donnés en très petite quantité, et même, si la dyspepsie nidoreuse est intense, ils doivent être complètement interdits. L'intensité de l'anorexie sert de règle pour diriger leur administration. Les substances alimentaires liquides, telles que les bouillons légers, préparés par la décoction des viandes de jeunes animaux, ou mieux encore les bouillons préparés par infusion des viandes d'animaux adultes, comme le bouillon de poule, l'infusion de chair de bœuf maigre, sont les mieux supportés; on les aromatise et on les acidule avec des légumes frais, et l'expérience prouve qu'ils conviennent d'autant mieux, préparés de cette manière, que l'anorexie des malades leur donne surtout de la répugnance pour les substances animales. Quand la maladie est peu intense, ou lorsqu'elle est en voie de diminution, on peut donner des aliments plus substantiels et en plus grande quantité : les légumes frais cuits, les fruits cuits, les viandes blanches grillées et rôties, sont alors le mieux supportées. Les aliments gras, huileux, butyreux, répugnent souvent aux malades, et fatiguent en général les organes digestifs.

A la fin des embarras gastriques et gastro-intestinaux, surtout quand la maladie dure depuis plusieurs semaines et participe de la marche chronique, les malades supportent mieux des aliments excitants à un certain degré, que des aliments peu sapides, féculents, qui n'exercent sur le tube digestif qu'une action très peu excitante, pourvu qu'ils soient donnés en petite quantité. C'est ainsi que des viandes noires grillées et rôties de bœuf et de mouton sont souvent des moyens d'alimentation, et même des moyens de guérison réels de dyspepsies nidoreuses peu intenses, qui tendent à la chronicité, et que l'on a inutilement combattues jusqu'alors par un régime alimentaire opposé.

Des boissons qui conviennent dans les dyspepsies nidoreuses.

2159. Les boissons relâchantes, et surtout les boissons sucrées et mucilagineuses surchargent presque toujours les voies digestives de ceux qui sont affectés d'embarras gastrique ou gastro-intestinal. Dans l'intensité de la maladie, lorsque l'on ne peut donner aux malades que des aliments liquides, il est le plus souvent inutile de prescrire d'autres boissons que les tisanes qui conviennent pour émousser le contact nuisible des saburrhes et pour modérer l'irritabilité de la muqueuse gastro-intestinale. Mais quand les malades peuvent supporter avec facilité quelques aliments solides, il devient nécessaire d'y joindre l'ingestion de boissons destinées à favoriser la chymification et l'absorption des molécules alimentaires. Dans tous ces cas l'eau pure nous a toujours paru la boisson la mieux appropriée à l'état de ces malades. Au déclin de la maladie, et lorsque l'on a à traiter des dyspepsies nidoreuses qui tendent à se prolonger ou qui sont même déjà chroniques, cette boisson devient souvent trop insipide et trop peu stimulante; une légère infusion aromatique, comme l'infusion de camomille ou de sauge est préférable. L'eau vineuse est souvent alors la meilleure boisson; c'est presque toujours celle que les malades prennent avec le plus de plaisir.

De la température des aliments et des boissons à administrer pendant le cours des dyspepsies nidoreuses.

2160. La température des aliments et des boissons qu'on administre dans le cours des dyspepsies nidoreuses est d'une grande importance. Dans la plupart des cas, la température fraîche appète le plus au malade; il suffit souvent de la substituer à la température tiède pour rendre aux fonctions digestives toute leur activité. Nous avons souvent obtenu un effet immédiatement utile de la température froide, abaissée jusqu'au degré de glace, tant pour les aliments que pour les boissons, dans les dyspepsies nidoreuses d'une intensité modérée, ou parvenues à leur période décroissante, quand les malades conservent une cardialgie prononcée ou une soif vive, et surtout quand ils ont des nausées et même des vomissements bilieux à jeun ou pendant la di-

gestion. Toutefois ce moyen ne réussit pas si la maladie a la forme de l'embarras intestinal, et surtout si les évacuations alvines sont précédées et accompagnées de douleurs tormineuses et de ténesme.

Influence de l'humidité et du froid de l'atmosphère dans les dyspepsies nidoreuses.

2161. L'influence de l'humidité et surtout de l'humidité froide de l'atmosphère doit être évitée avec le plus grand soin par ceux qui sont affectés de maladies saburrhales. Il suffit, dans la plupart des cas, que les malades soient exposés, même à un faible degré, à l'action de cette cause pour que la maladie soit immédiatement exaspérée. Une température douce et sèche autour de ces malades, le soin d'entretenir à la peau une chaleur constante, ne peuvent être recommandés avec trop d'insistance. Toutefois il faut éviter aussi un excès opposé. Dans les saisons très chaudes, ces maladies ont une plus grande violence, surtout lorsque la sécrétion altérée du foie se joint à la diacrise muqueuse; c'est principalement la chaleur humide qui produit ces fâcheux résultats. Dans ces cas l'on est obligé de tempérer la chaleur des appartements, en les soustrayant à l'action trop vive du soleil. Cette précaution est nécessaire pour les dyspepsies nidoreuses qui provoquent des nausées ou des vomissements, qui se montrent avec une vive céphalalgie ou une cardialgie intense et surtout pour les embarras intestinaux diarrhéiques. Ces moyens adjuvants de la guérison des dyspepsies nidoreuses sont d'une grande importance dans les régions tropicales. Les bains sont en général nuisibles dans ces maladies; ils ne conviennent guère que dans celles des pays chauds, encore faut-il n'y avoir recours qu'avec précaution.

Nécessité de régler les influences morales auxquelles peuvent être soumis ceux qui sont affectés de dyspepsies nidoreuses.

2162. Les commotions morales, les passions tristes agissent toujours d'une manière fâcheuse sur ceux qui ont des embarras gastriques ou gastro-intestinaux; sous leur influence la marche heureuse de ces maladies est toujours ralentie et souvent même la maladie est exaspérée au point de se convertir instantanément en fièvre assode quelquefois

très grave (2044), ou bien l'effet de ces causes est de produire des épiphénomènes nerveux intenses, tels que les douleurs cardialgiques, les coliques, la diarrhée dysentérique; le médecin doit se préoccuper vivement de la possibilité de ces accidents, et régler autant que possible toutes les circonstances qui peuvent occasionner des commotions morales. Cette précaution est d'autant plus nécessaire que les dyspepsies nidoreuses augmentent d'une manière très prononcée l'irritabilité nerveuse de ceux qu'elles affectent, et épuisent en même temps à un haut degré l'énergie par laquelle on résiste aux influences morales.

De l'abstinence de travaux manuels ou intellectuels pendant les dyspepsies nidoreuses.

2163. Les travaux manuels sont difficiles pour ceux qui sont affectés d'embarras gastriques ou gastro-intestinaux. La faiblesse générale et le sentiment de courbature qu'ils éprouvent ne leur permettent pas de s'y livrer; les efforts qu'ils font pour l'accomplissement de ces travaux ajoutent toujours à la gravité de la maladie.

Les travaux intellectuels sont plus nuisibles encore que les travaux physiques pour ceux qui ont des dyspepsies nidoreuses; ils sont toujours aussi très difficiles; quels qu'ils soient, ils ne font qu'aggraver la maladie. Le plus souvent ils augmentent la céphalalgie et les vertiges que les malades éprouvent si souvent à un haut degré dans ces affections (1720 *et sqq.*).

Ces observations imposent au médecin l'obligation de prescrire comme moyen de régime, le repos et surtout le soin de ne se livrer à aucun travail du corps et de l'esprit.

Insuffisance du traitement expectant limité aux moyens de régime pour la curation d'un grand nombre de dyspepsies nidoreuses.

2164. Le traitement expectant des maladies saburrhales limité à la prescription des moyens de régime, n'est tout au plus suffisant que pour les plus légères de ces maladies; il faut toujours y joindre la prescription de médicaments propres à atténuer l'action nuisible que les saburrhes exercent sur la muqueuse gastro-intestinale, à corriger les mauvaises qualités de ces matières saburrhales, à tempérer l'irritabilité augmentée de la muqueuse gastro-intestinale;

à favoriser l'expulsion des produits de la diacrise de la muqueuse intestinale et des glandes abdominales, et enfin à favoriser le rétablissement des fonctions digestives au déclin de la maladie. C'est surtout par l'ingestion de boissons médicamenteuses qu'on satisfait à ces indications.

Des tisanes qui conviennent pour la curation des dyspepsies nidoreuses.

2165. Les boissons aqueuses administrées à faibles doses fréquemment répétées, sont les tisanes les plus propres à satisfaire aux indications curatives des dyspepsies nidoreuses. Quand la soif est très vive, si les malades éprouvent de la cardialgie, si l'irritabilité de l'estomac se manifeste à un degré prononcé d'exagération par des nausées fréquentes et même des vomissements, l'eau pure, fraîche, sans aucun mélange, est la boisson la mieux supportée par les malades et dont l'usage leur est le plus utile.

L'eau édulcorée avec du sucre, du miel ou des extraits sucrés et rendus mucilagineux par l'addition de la gomme arabique, du mucilage de la racine de guimauve, de la graine de lin, etc., constitue une des tisanes les plus fréquemment conseillées dans les maladies qui nous occupent; la crainte de la présence d'une irritation inflammatoire dans les voies digestives, la conviction que ces boissons exercent sur la muqueuse gastro-intestinale une action topique sédative, sont le plus souvent les motifs pour lesquels on les prescrit. L'expérience prouve que ces tisanes sont en général difficilement supportées dans les dyspepsies nidoreuses. Quelque peu considérable que soit la quantité de mucilage et de matière sucrée que ces boissons contiennent, elles exigent une action digestive qui se fait avec lenteur et souvent avec difficulté; aussi les malades éprouvent-ils par leur usage une douleur gravative obtuse à l'estomac, avec des éructations nidoreuses pénibles; ajoutons à cet inconvénient celui qui résulte du peu de sapidité de cette boisson mucilagineuse sucrée, qui ne fait qu'ajouter à l'anorexie et à la saveur amarescente et muqueuse que les malades éprouvent, et qui sont des symptômes pénibles de

ces maladies. Stoll rejetait l'usage des tisanes émollientes et mucilagineuses et des médicaments huileux, comme propre à augmenter l'état saburrhal[1]. Dans les dyspepsies nidoreuses que les auteurs ont plus spécialement désignées par l'épithète de pituiteuses, ces inconvénients sont encore plus prononcés. Lorsque la maladie tend à se terminer par des évacuations alvines liquides, ces boissons sont plus propres à restreindre ces évacuations qu'à les favoriser; aussi, dans ces cas, sont-elles encore contr'indiquées à un plus haut degré; il faudrait, si l'on y avait eu recours pendant la période d'état de la maladie, suspendre l'administration de ces boissons dès que les phénomènes critiques viendraient à se prononcer.

Les boissons aqueuses modérément acidulées avec des acides végétaux nous semblent, dans presque tous les cas, préférables. Elles sont toujours plus agréables aux malades; elles calment plus facilement la soif; elles modèrent presque toujours la cardialgie; elles provoquent l'appétit; le médecin doit seulement faire choix d'un acide végétal très faible pour leur préparation. L'acide citrique des oranges, des limons, de la groseille, est le plus fréquemment mis en usage pour la préparation de ces tisanes; on y substitue aussi souvent l'acide malique de la pomme. On fait entrer ces acides végétaux dans les boissons par des infusions des fruits qui les contiennent, ou par la dissolution dans l'eau des sirops préparés avec ces fruits. On obtient par ce mode de préparation l'avantage de donner aux malades des boissons agréables dans lesquelles les principes aromatiques et sapides des fruits sont réunis à l'acidité et contribuent avec elle à stimuler légèrement le goût et à diminuer ainsi la soif, l'anorexie, et la saveur muqueuse et amarescente que les malades éprouvent à la bouche. Cette dernière circonstance suffit pour faire préférer le mode de préparation que nous indiquons à celui dans lequel on se borne à in-

[1] *Med. prat.*, trad. de Mahon, p. 164.

troduire l'acide citrique, malique ou acétique nus, et obtenus par les procédés de la chimie. La substitution des boissons préparées par addition de ces acides aux infusions ou aux décoctions des fruits acidules, est une des plus malheureuses innovations que la médecine de nos jours doit à l'application des sciences chimiques à la matière médicale.

2166. Le soulagement souvent très rapide que les malades affectés de dyspepsies nidoreuses obtiennent de l'usage des boissons acidulées, permet de penser que ces boissons agissent à la fois comme des moyens d'atténuer l'action nuisible des saburrhes sur le tube digestif en atténuant les qualités de ces saburrhes, et comme étant propres à modérer par leur action topique la diacrise gastro-intestinale et l'irritabilité exagérée de la membrane muqueuse.

**Mode d'action des boissons acidulées sur le tube digestif dans les dyspepsies nidoreuses.**

Les boissons acidulées exercent sur le tube digestif une action topique légèrement stimulante, qui ajoute beaucoup à leur utilité, surtout au déclin des dyspepsies nidoreuses, pour rétablir l'action des organes digestifs. Nous ne connaissons pas de boissons qui réunissent cette double action, d'ailleurs légère, mieux que la décoction amère et acide des feuilles de chicorée sauvage, ou encore la limonade citrique faite en soumettant à l'action dissolvante de l'eau bouillante des tranches de citrons et d'oranges non privées de leur écorce. L'écorce de ces fruits contient une huile essentielle qui joint son action stimulante à l'influence de l'acide citrique qui se trouve dans le suc du fruit dissous et étendu dans le véhicule aqueux.

2167. Les boissons acidulées ne contrarient pas l'établissement des excrétions alvines qui surviennent au grand avantage des malades pendant le cours, et surtout au déclin des dyspepsies nidoreuses; toutefois il est presque toujours avantageux de donner à ces boissons des qualités laxatives, sinon d'une manière continue, au moins par intervalles rapprochés, surtout quand la maladie com-

**Nécessité de rendre laxatives les boissons acidulées.**

mence à perdre de l'intensité de ses symptômes. On arrive à ce résultat par l'addition en quantité modérée de sels acides laxatifs, tels que le tartrate ou l'acétate de potasse. Quelques substances doivent même à leur composition de réunir les qualités acides aux propriétés laxatives, telle est surtout le fruit du tamarin ou de la casse, ou encore le fruit desséché du prunier qui fournissent le moyen de préparer par infusion une boisson à la fois laxative et acidulée. Il vaut mieux recourir à ces boissons qu'à celles qu'on rend laxatives par les sels neutres purgatifs.

Changements qu'il faut apporter à la composition des tisanes dans les dyspepsies nidoreuses qui tendent à la chronicité.

2168. Chez les malades affectés de dyspepsies nidoreuses qui sont surtout tourmentés par des éructations acides et amarescentes comme le sont souvent ceux chez lesquels la maladie a les caractères spéciaux que l'on assigne aux embarras gastriques muqueux proprement dits (1713), les boissons acidulées avec les acides végétaux, même les plus faibles, déterminent quelquefois de la cardialgie; cet accident s'observe aussi chez quelques personnes dont les organes digestifs sont naturellement très irritables, ou qui sont sujettes aux douleurs gastralgiques; il est aussi assez fréquent dans les dyspepsies nidoreuses déjà chroniques, ou qui tendent à le devenir. On se trouve souvent très bien dans ces cas là de substituer aux boissons acidulées avec les acides végétaux, les eaux gazeuses carboniques; les bons effets de ces eaux sont encore rendus plus assurés en y joignant un sel alcalin à petite dose, comme le carbonate de soude. On trouve ces mélanges tout préparés dans la plupart des eaux gazeuses naturelles qui contiennent ces principes alcalins unis à l'acide carbonique en excès, telles sont les eaux de Seltz, de Saint-Alban, etc. On parvient souvent par ces boissons à faire immédiatement cesser les éructations acides, la cardialgie et surtout les nausées et quelquefois les vomissements qui tourmentent un grand nombre de ces malades. Ces tisanes alcalines gazeuses sont presque toujours utiles à la fin des dyspepsies nidoreuses, et surtout dans les cas où

l'embarras gastro-intestinal tend à la forme chronique. On les unit alors avec beaucoup d'avantage à des médicaments toniques, tels que des infusions amères et aromatiques. On rend ainsi plus promptement au tube digestif toute l'activité de ses fonctions et l'on favorise le rétablissement des forces toujours compromises dans ces maladies. La limonade vineuse simple ou rendue gazeuse par l'addition d'une eau saturée d'acide carbonique, l'infusion légère de quinquina rendue gazeuse de la même manière, l'infusion de fleurs de camomille, ou de sauge, ou d'arnica, sont les moyens par lesquels nous avons l'habitude d'exercer cette médication.

2169. Tous les moyens thérapeutiques qui viennent d'être indiqués appartiennent à la médication expectante; appliqués à la curation des embarras gastro-intestinaux muqueux et bilieux, ils ne font en réalité qu'atténuer l'intensité des accidents morbides; ils préviennent leur accroissement et favorisent leur diminution progressive qui s'accomplit par les seules forces de l'organisme soustrait à l'action de toutes les causes qui peuvent occasionner ou entretenir ces maladies. Tous ces moyens n'en ont pas moins une très grande importance; dans les cas d'une intensité modérée ils constituent toute la médication, dans les cas plus intenses ils sont des moyens adjuvants, sans l'application méthodique desquels les agents perturbateurs dont nous allons faire connaître l'utilité resteraient sans effet utile, ou même seraient quelquefois nuisibles.

**Effet général de la médication expectante contre les dyspepsies nidoreuses.**

2170. L'emploi rationnel des agents perturbateurs pour la curation des dyspepsies nidoreuses ne doit s'appliquer que lorsque la médication expectante serait insuffisante pour obtenir la guérison, ou que dans les cas où la maladie a une intensité telle que l'on ne peut compter que difficilement sur sa marche facile vers une heureuse issue. On ne peut juger de ces circonstances que par les rapports des phénomènes de la maladie avec les lésions des organes abdominaux qui la constituent, ou avec les affections des

**Principe général sur la convenance de la médication perturbatrice pour la curation des dyspepsies nidoreuses.**

viscères qui se sont développées par suite de sa présence; ce n'est aussi qu'en appréciant ces rapports que l'on peut déterminer les indications spéciales par lesquelles on fait choix des moyens thérapeutiques.

Indications principales de la médication active des dyspepsies nidoreuses.

2171. La médication active des dyspepsies nidoreuses a pour but principal de débarrasser le tube digestif des matières alimentaires altérées ou de mauvaise qualité qui ont été ingérées et qui déterminent la manifestation des accidents dyspepsiques. Dans les dyspepsies nidoreuses déjà développées, cette médication est destinée à expulser de l'appareil gastro-intestinal les produits de la diacrise muqueuse ou mucoso-bilieuse déposés dans sa cavité, à changer en même temps le mode d'action anomal des organes sécréteurs dont ces produits altérés sont le résultat. Cette dernière circonstance est importante : c'est en la méconnaissant qu'on s'expose à cette erreur que Galien signalait déjà chez des médecins de son temps, qui ne pensaient qu'à évacuer les produits de sécrétion altérés, sans s'occuper de faire cesser la diacrise qui reproduit les saburrhes[1].

Des cas dans lesquels la médication évacuante est urgente dès le début des dyspepsies nidoreuses.

2172. La médication active, dirigée dans le but de débarrasser le tube digestif des matières alimentaires de mauvaise qualité et en trop grande quantité qui le surchargent, ou des résidus des aliments imparfaitement élaborés, s'applique principalement aux dyspepsies subitement provoquées par des excès de table ou par l'ingestion d'aliments de mauvaise qualité (2041). Cette médication, dans ces cas, ne doit jamais être différée; c'est par elle qu'on obtient la cessation rapide des accidents d'indigestion qui signalent l'invasion d'un certain nombre de dyspepsies nidoreuses. Les moyens thérapeutiques qui composent cette médication consistent dans des boissons émétisées, admi-

[1] *Commune medicorum erratum plerumque committitur; nam quod superfluum est evacuant illi quidem, sed tamen ut ei quod evacuatum sit quid persimile gignatur, nullo modo sibi cavendum proponunt.* (*Comm. in lib. de humoribus.* (Hipp. in Piqueri *comm.*, t. II, p. 207.)

nistrées en grande quantité, pour rendre les vomissements rapides et faciles. On approprie l'activité de ces moyens émétiques à l'irritabilité des organes digestifs et à la susceptibilité du système nerveux chez les malades. Quand on a à donner des soins à des femmes nerveuses, irritables, à des enfants chez lesquels on redoute une grande susceptibilité du tube digestif, on atteint souvent le but en donnant seulement de l'eau tiède ou de l'eau légèrement aiguisée avec du muriate de soude. Si ces moyens sont insuffisants pour convertir en vomissements réels les nausées qui existent, on leur substitue une dissolution de tartre stibié à petite dose. Quand il s'agit de sujets peu irritables, ou bien si l'on a à combattre rapidement les effets presque toxiques de certains aliments de mauvaise qualité, comme des champignons, des moules, des œufs de brochet, etc., on a immédiatement recours au tartre stibié à la dose vomitive ordinaire; on insiste sur l'administration du médicament émétique, et sur l'ingestion simultanée de boissons aqueuses tièdes jusqu'à ce que l'on ait provoqué l'évacuation par le vomissement de toutes les substances alimentaires contenues dans l'estomac. Dans le plus grand nombre des cas, ce moyen fait cesser tous les accidents; il suffit ensuite de tenir le malade au régime de la médication expectante pendant quelques jours pour le rétablir tout à fait.

Appréciation des contr'indications à l'administration des émétiques dans les dyspepsies nidoreuses provoquées par une ndigestion.

2173. Cette médication, immédiatement dirigée pour obtenir l'évacuation de substances nuisibles ingérées dont la dyspepsie nidoreuse est l'effet, est à tort considérée comme contr'indiquée par quelques médecins qui se préoccupent de la turgescence de la face, de la pesanteur et de la douleur de tête, qui font le plus souvent partie des premiers accidents de ces maladies. La crainte d'augmenter la fluxion vers la tête par les vomitifs repose sur une interprétation erronée des accidents. Cette fluxion imminente n'est que le résultat de la surcharge des voies digestives; elle cesse immédia-

tement dès qu'on fait cesser sa cause en débarrassant le tube digestif.

Indication de l'administration des évacuants déduite de la présence des saburrhes gastro-intestinales.

2174. Quand la dyspepsie nidoreuse est établie, la médication vomitive n'est plus indiquée par la présence des ingesta qui surchargent les premières voies : elle ne peut plus se déduire que des accidents de la maladie elle-même; c'est principalement sur la nécessité de débarrasser le tube digestif des produits diacritiques qu'elle repose.

L'indication d'évacuer les saburrhes gastro-intestinales, dont la présence est constante dans les dyspepsies nidoreuses, a été adoptée par presque tous les praticiens. Elle est la conséquence nécessaire du rapport de cause à effet qui rattache les principaux symptômes de la maladie à l'accumulation des saburrhes dans le tube digestif[1]. Cette indication se présente lorsqu'on reconnaît à un degré prononcé les symptômes saburrhaux proprement dits; elle repose sur cette observation clinique, que la diminution des accidents est presque toujours l'effet des évacuations spontanées ou provoquées qui déterminent l'expulsion de ces produits de la diacrise gastro-intestinale (1705, 1717); on y satisfait par l'administration des émétiques et des purgatifs.

Appréciation des indications et contr'indications de l'administration des évacuants dans les dyspepsies nidoreuses.

2175. Les saburrhes sont principalement produites par diacrise des cryptes mucipares et des glandes annexes du tube digestif. Si l'administration des évacuants avait pour résultat d'augmenter cet état morbide des organes sécréteurs abdominaux, ou d'exaspérer la turgescence semi-inflammatoire de ces organes qui accompagne toujours leur diacrise (1956 *et sqq.*), ou même la phlegmasie de la muqueuse digestive qui existe quelquefois dans ces cas (1970); elle serait alors évidemment nuisible.

On ne doit se déterminer à prescrire les évacuants des premières voies, pour combattre les embarras gastro-intestinaux, que lorsque les signes de phlogose gastro-intestinale

[1] Van-Swieten; *comment.* in Boerh. *aph.* T. II, p. 271.

sont nuls, ou qu'après qu'on les a atténués ou même fait disparaître par une médication délayante et même quelquefois antiphlogistique. Les anciens exprimaient dans le langage de leur temps cette indication, qui se rapporte au moment convenable pour l'administration des évacuants, en disant qu'il ne fallait évacuer que lorsque la matière était devenue mobile, ou que lorsque la maladie avait dépassé sa période de crudité et était arrivée à sa période de coction.

2176. Tout en reconnaissant que l'administration des évacuants dans les dyspepsies nidoreuses exige que les signes de turgescence ou même de phlogose gastro-intestinale soient nuls ou aient disparu, nous professons cependant qu'il ne faut pas se montrer par trop timide sur la prescription de ces moyens thérapeutiques. Les saburrhes déterminent par elles-mêmes une action topique qui irrite ou au moins qui stimule d'une manière anomale la muqueuse des voies digestives, puisqu'elles ont des propriétés telles que, la vie à peine terminée, elles suffisent quelquefois pour ramollir et dissoudre la tunique muqueuse (1966). Elles entretiennent, par leur contact sur la surface intestinale, un état général de souffrance qui brise les forces, provoque la céphalalgie et des vertiges, comme le font les matières chymeuses imparfaitement élaborées dans les simples indigestions (1999). Mieux vaut, dans les cas de dyspepsie nidoreuse intense, s'exposer à irriter légèrement le tube intestinal par des médicaments évacuants que de le laisser en contact avec de semblables topiques. L'expérience clinique apprend d'ailleurs que l'irritation ainsi produite par des agents externes administrés avec circonspection n'est pas ordinairement durable. Les émétiques et les purgatifs, mais surtout les émétiques, sont loin d'avoir en réalité une action aussi irritante sur les voies digestives qu'on l'admet en théorie.

Des précautions qu'exige l'administration des évacuants contre les embarras gastro-intestinaux.

2177. Les émétiques agissent sur l'appareil gastro-intes-

Appréciation de l'action immé-

diate exercée sur le tube digestif par les vomitifs et les purgatifs.

tinal en expulsant par la bouche les matières contenues dans l'estomac et dans le duodénum; ils impriment aux mouvements péristaltiques du tube digestif, en les intervertissant d'abord et en les accélérant ensuite, une activité qui empêche la stase des produits de la sécrétion intra-intestinale; ils modifient brusquement les sécrétions gastro-intestinales hépatiques et pancréatiques, comme on le voit pour les excrétions séro-muqueuses et bilieuses qu'ils occasionnent. Tous ces effets sont éminemment propres à débarrasser les premières voies et à modifier l'état pathologique dont elles sont le siège. Nous administrons avec hardiesse les émétiques et les éméto-cathartiques toutes les fois que les symptômes d'embarras gastro-intestinal sont très prononcés; nous n'avons presque jamais eu occasion de nous en repentir, et nous avons souvent regretté d'avoir négligé de le faire et d'avoir attribué trop d'importance à quelques symptômes d'irritation gastrique qui s'exaspèrent bien rarement sous l'influence de ces médicaments.

Les purgatifs sont indiqués pour déterminer l'expulsion par les selles des matières contenues dans les intestins; ils sont ordinairement considérés comme préférables aux émétiques lorsque l'état saburrhal a son siège dans les intestins (1712). Leur action irritante topique est constamment plus active que celle des émétiques, soit par la nature des substances médicamenteuses qui les constituent, soit plutôt parce que dans l'effet des vomitifs le médicament est promptement rejeté par le vomissement, ce qui soustrait la plus grande partie du tube intestinal à son action immédiate. Les médicaments purgatifs, surtout ceux qui ne peuvent être digérés ou entièrement absorbés, doivent parcourir successivement toute la longueur du tube intestinal et exercer par conséquent leur action topique sur presque toute la surface muqueuse si étendue des premières voies. Cette considération nous semble devoir faire en gé-

néral préférer à l'emploi des purgatifs celui des substances émétiques, toutes les fois que l'on peut concevoir la crainte d'exaspérer l'irritabilité du tube intestinal [1].

En envisageant de cette manière l'effet immédiat des émétiques et des purgatifs, on se trouve amené à recourir de préférence aux premiers de ces médicaments dans la période initiale des dyspepsies nidoreuses, à laquelle l'irritabilité du tube digestif est toujours plus prononcée, et à réserver les seconds pour la période que les anciens appelaient période de coction, à laquelle les symptômes de la turgescence diacritique et de l'état voisin de la phlogose du tube digestif qui l'accompagne, ont complètement cessé pour ne laisser subsister que les symptômes de l'embarras intestinal muqueux ou bilieux (1712 *et sqq.*). Dans cette période de la maladie, l'action des purgatifs n'a pas seulement pour résultat d'évacuer les saburrhes intestinales ; elle provoque par son effet stimulant l'activité des fonctions digestives, presque toujours languissantes à la fin et même encore dans la convalescence des dyspepsies nidoreuses.

2178. D'après les indications que nous venons d'exposer, qui sont les principales pour la curation des embarras gastriques ou gastro-intestinaux dont l'intensité ou l'opiniâtreté exigent qu'on ait recours aux moyens thérapeutiques actifs, voici comment on dirige en général la médication.

**Formule de thérapeutique active pour la curation des dyspepsies nidoreuses.**

Dès qu'on reconnaît avec la présence des symptômes dyspepsiques (2073), qu'il n'existe pas d'irritation gastro-intestinale intense qui paraisse rendre imminente une véritable phlogose des voies digestives (2144 *et sqq.*), l'on administre un émétique préparé, soit avec le tartre stibié, soit avec la racine d'ipécacuanha. Si les symptômes se rapportent à la forme de l'embarras gastrique proprement dit, on soumet immédiatement l'estomac à une dose assez

[1] Finke a remarqué, avec raison, *homines minus vomitoriis quam laxantibus lædi.* (De feb. bili. anom.)

élevée du médicament pour avoir un effet vomitif rapide ; il suffit le plus souvent, pour obtenir cet effet, de donner au malade de 15 à 20 centigrammes de tartre stibié ou de 120 à 150 centigrammes de poudre d'écorce de racine d'ipécacuanha, en deux ou trois prises, administrées d'heure en heure dans une petite quantité d'un liquide aqueux. On favorise ensuite les évacuations avec de l'eau tiède, ou mieux encore avec une légère infusion de camomille tiède, de manière à obtenir cinq ou six vomissements.

Dans les cas où la dyspepsie nidoreuse présente les symptômes de l'embarras gastro-intestinal, et surtout les symptômes intestinaux (1712), l'effet utile des évacuants est plus complet en favorisant à la fois les vomissements et les évacuations alvines; on obtient cet effet en étendant les médicaments émétiques dans une plus grande quantité de liquide, et en les donnant à doses plus fractionnées, ou mieux encore en y joignant un médicament purgatif. Ainsi l'on prescrit une dissolution de tartre stibié à la dose de 10 à 15 centigram., et de sulfate de soude ou de magnésie à la dose de 10 à 12 gram., dans trois à quatre décilitres de véhicule administrés, par tiers ou par quart, d'heure en heure. On peut aussi prescrire, dans ces cas, à doses fractionnées, une infusion de feuilles de séné aiguisée avec le tartre stibié, ou une infusion de séné et de racine d'ipécacuanha.

De la médication évacuante applicable aux diarrhées saburrhales.

2179. Si la dyspepsie nidoreuse se montre principalement sous la forme de l'embarras intestinal, avec prééminence des accidents diarrhéiques (1718), lors même que la diarrhée serait jointe à des symptômes de ténesme et de dysenterie, l'administration des évacuants par en haut est plus spécialement indiquée. Beaucoup de médecins conseillent de préférer, dans ces cas, l'administration de l'ipécacuanha, à cause de l'action spéciale qu'ils attribuent à ce médicament, de modifier la sécrétion des cryptes mucipares intestinales d'une manière plus sûre que le tartre stibié. Nous ne regardons pas cette préférence comme bien

établie : à l'exemple de Pinel, nous pensons qu'il suffit de provoquer franchement les vomissements avec le tartre stibié, l'ipécacuanha ou même d'autres substances émétiques, pour obtenir de bons effets. Les éméto-cathartiques ont souvent encore de bons résultats dans les diarrhées saburrhales, moins souvent cependant que les médicaments qui n'agissent que comme émétiques.

L'administration des purgatifs dans les embarras gastro-intestinaux avec diarrhée dysentérique peut être dangereuse en augmentant l'irritation portée quelquefois jusqu'à la phlogose de la muqueuse du colon. Si l'on se décidait à en venir à ces moyens dans ces cas, ce ne devrait être que lorsque les symptômes de surcharge du tube intestinal par les saburrhes sont très prononcés, et lorsqu'on a à traiter des sujets décolorés, d'une constitution molle, dont la langue est blafarde et la digestion lente, en un mot des malades qui sont dans les conditions les plus opposées à un état de phlogose des premières voies; il faudrait alors choisir les purgatifs les plus doux, les simples eccoprotiques[1]; toutefois comme ces moyens peuvent être quelquefois nuisibles, il vaut mieux en général s'en abstenir.

Effets immédiats des émétiques et des éméto-cathartiques administrés contre les dyspepsies nidoreuses.

2180. Les effets immédiats des émétiques et des éméto-cathartiques ne sont, dans la plupart des cas, accompagnés d'autres accidents que des nausées, du malaise extrême et des douleurs qui accompagnent toujours les vomissements déterminés par les émétiques. Tous ces accidents ne sont que passagers; ils disparaissent, dès que l'effet émétique du médicament est terminé, pour faire place à un état de fatigue, accompagné d'une chaleur générale et souvent de diaphorèse.

Chez des sujets irritables, les douleurs du vomissement provoquent quelques phénomènes nerveux caractérisés par un état de frisson général, avec refroidissement et tremblement spasmodique des extrémités. Il ne faut pas atta-

[1] Stoll, *med. pract.*, t. III, p. 230. Trad. de Mahon.

cher trop d'importance à ces symptômes ; l'administration d'une boisson chaude faiblement diaphorétique, comme une légère infusion de fleurs de tilleul ou de camomille, les fait rapidement disparaitre. Si le malade reste à un certain degré sous l'influence de l'état spasmodique après l'effet évacuant accompli, on y remédie par une potion légèrement narcotique et antispasmodique, comme une potion éthérée, dans laquelle on fait entrer une petite quantité d'opium. Sydenham avait l'habitude de prescrire toujours ce parégorique après l'administration des évacuants. Nous n'avons jamais vu ces légers accidents suivis d'aucun résultat fâcheux ; nous ne les avons même jamais vus se prolonger au delà de quelques heures à un jour au plus, à moins que les émétiques et les éméto-cathartiques n'eussent été donnés pour d'autres affections que les dyspepsies nidoreuses, ou à moins que le malade ne fût d'une irritabilité excessive (2197).

Effets immédiats des émétiques et des éméto-cathartiques relativement à l'embarras gastrique ou gastro-intestinal.

2181. L'administration des évacuants, motivée par les indications que nous avons déterminées, et formulée comme il vient d'être dit, est ordinairement suivie d'un soulagement immédiat dans les cas de dyspepsie nidoreuse. Il n'est pas rare de voir les vertiges, la céphalalgie, les douleurs contusives des membres, les douleurs cardialgiques ou tormineuses, les évacuations diarrhéiques muqueuses ou bilieuses, disparaître dès le jour même sous l'influence de cette médication. Dans presque tous les cas, le lendemain, la plupart des accidents dyspepsiques ont cessé.

Les embarras gastriques ou gastro-intestinaux récents sont souvent guéris, ou au moins tellement atténués par un seul évacuant, qu'il suffit de tenir ensuite pendant quelques jours les malades au simple usage d'une tisane acidule pour déterminer la convalescence. Cet heureux résultat s'obtient rarement avec une aussi grande rapidité dans les dyspepsies nidoreuses intenses et surtout dans les dyspepsies nidoreuses qui durent déjà depuis un certain

temps, et principalement dans celles qui présentent les symptômes de l'embarras gastro-intestinal muqueux et qui participent déjà de la forme chronique (1807). Dans ces dyspepsies il convient même dans la plupart des cas de revenir plusieurs fois à l'administration des évacuants (1808).

Résultats de l'effet incomplet des évacuants des premières voies dans la curation des dyspepsies nidoreuses.

2182. Si les évacuants sont administrés avec timidité; si, au lieu de provoquer franchement les vomissements, la médication prescrite en tremblant, ne provoque que des nausées; si l'on substitue aux émétiques des purgatifs et surtout des purgatifs prescrits aussi à faible dose et d'une faible activité, loin d'obtenir de bons effets, on ne fait souvent qu'ajouter à l'intensité de la maladie en augmentant, sans modifier sa nature, la diacrise gastro-intestinale; on rend ainsi dans bien des cas la maladie plus difficile à guérir que si l'on s'était borné à la seule médication expectante. Cet effet fâcheux des purgatifs est surtout à craindre quand la maladie est encore dans sa période d'accroissement; c'est parce qu'ils avaient observé ces résultats fâcheux de l'administration des purgatifs que les anciens, à l'exemple d'Hippocrate, proscrivaient ces moyens encore plus que les vomitifs au début de la maladie, pendant que les saburrhes étaient, disaient-ils, encore à l'état de crudité [1].

2183. Lorsque les moyens émétiques et éméto-cathartiques ont déterminé un effet utile, lors même que cet effet ne s'est pas soutenu, on trouve dans cette circonstance une nouvelle indication *à juvantibus* pour en réitérer l'administration. On obtient alors un résultat plus décisif et plus durable, et l'on est ainsi autorisé de plus en plus à persister dans la même voie. Il est telle dyspepsie nidoreuse, telle diarrhée saburrhale dont on n'obtient la guérison qu'après avoir renouvelé cinq ou six fois l'administration des émétiques.

De la nécessité de réitérer les

2184. Quelques médecins n'hésitent pas à prescrire pen-

[1] Hipp. *Aph.* 22 et 24, sect. 1.

evacuants pour la curation des dyspepsies nidoreuses.

dant plusieurs jours de suite l'administration des émétiques et des éméto-cathartiques contre les dyspepsies nidoreuses. Cette manière de procéder est en général trop active ; elle a souvent d'ailleurs l'inconvénient de soumettre les malades à l'action toujours fatigante de moyens actifs qu'il est possible de modérer dans un très grand nombre de cas. Nous conseillons de se borner, après l'usage des émétiques et des éméto-cathartiques, pendant deux ou trois jours, à la simple médication expectante. Si l'amélioration presque toujours obtenue par les évacuants continue et s'accroit de jour en jour sous la seule influence du régime et de l'usage des boissons acidulées, il n'est pas utile de revenir à des moyens actifs ; si elle reste incomplète, ou si même, comme cela arrive quelquefois, la diminution des accidents obtenue par les moyens émétiques ne persiste pas, on revient franchement à la médication active (2170). On trouve toujours dans cette manière d'agir l'avantage de laisser reposer le malade, de diriger la médication avec une connaissance plus parfaite de son état, et enfin de ne pas fatiguer les organes digestifs, peut-être inutilement, par des moyens énergiques trop fréquemment répétés.

Des changements à faire subir à la médication active pendant le cours des dyspepsies nidoreuses et suivant les effets des premiers moyens évacuants.

2185. Pendant le cours de la médication perturbatrice évacuante il importe d'interroger avec soin la succession des symptômes de la maladie, car elle suit souvent alors une marche qui exige qu'on modifie la médication, ou au moins qu'on ne la continue pas avec les mêmes moyens qui ont été d'abord utiles. Si l'expérience clinique démontre qu'un grand nombre de dyspepsies nidoreuses peuvent être enlevées avec rapidité, et on pourrait dire jugulées par la médication évacuante administrée de prime abord, elle montre aussi que plusieurs de ces maladies suivent une marche décroissante progressive qui a ses symptômes successifs qu'il pourrait être dangereux de méconnaître.

2186. On observe assez souvent qu'après l'effet utile des

émétiques les symptômes de la dyspepsie nidoreuse gastrique proprement dite, sont remplacés par ceux de l'état saburrhal intestinal, alors caractérisé par des évacuations alvines molles, de nature mucoso-bilieuse, jointes à des coliques obtuses. Le plus souvent dans ces cas la simple administration d'une boisson acidule suffit pour que la maladie arrive d'elle-même à sa terminaison. On peut être sûr de ce résultat si l'anorexie a disparu, si une diaphorèse facile s'établit, si les lassitudes spontanées se dissipent, si le malade récupère ses forces. Si ces symptômes ne se montrent pas, surtout si l'anorexie, les douleurs contusives des membres et la céphalalgie persistent au moment où les symptômes de l'embarras gastrique se transforment en ceux de l'embarras intestinal (1712), l'administration d'un cathartique devient indiquée et peut même être utilement réitérée plusieurs fois. Nous avons dans ces cas l'habitude de prescrire une dissolution saline purgative à faible dose, comme l'eau magnésienne saturée, la dissolution gazeuse de sulfate de magnésie, ou une décoction de tamarin ou de casse. L'activité de ces médicaments est mesurée de manière à provoquer deux ou trois évacuations alvines seulement. On les réitère tous les deux jours et quelquefois tous les jours, surtout quand on remarque que l'amélioration se prononce immédiatement sous l'influence de leurs effets.

2187. La dyspepsie nidoreuse diminuée d'intensité par l'administration des émétiques et des éméto-cathartiques ou même seulement par la seule influence de la médication expectante, reste quelquefois stationnaire avec des symptômes peu intenses d'embarras intestinal joints à une anorexie prononcée, à un sentiment général de faiblesse et de courbature. Ces cas participent de la forme chronique et se voient surtout dans les dyspepsies nidoreuses que l'on désigne spécialement sous le nom d'embarras gastro-intestinal muqueux (2086). La diacrise gastro-intestinale persiste alors avec un état de sécrétion augmentée des cryptes

mucipares qui peut être comparé à cet état des membranes muqueuses qui ont été le siège d'un catarrhe aigu, et qui persistent à fournir un flux muqueux qui n'est plus joint à la phlogose. Nous avons l'habitude de prescrire, dans ces cas là, une médication à la fois tonique et laxative; nous conseillons alors l'administration d'une infusion de quinquina ou de racine d'aunée et de rhubarbe, et si nous voulons agir d'une manière évacuante plus prononcée, nous prescrivons l'infusion de racine d'ipécacuanha et souvent une infusion de feuilles de séné. Le principe tonique de ces médicaments nous a toujours paru agir autant pour la guérison que leur action évacuante, puisque des simples laxatifs sont loin d'avoir un effet également avantageux. Nous avons souvent, dans des cas de cette espèce, obtenu de bons effets de l'administration à faible dose d'une infusion à froid de quassia amara, rendue légèrement laxative par l'addition de la rhubarbe.

Expression générale de la valeur des circonstances qui modifient la médication dans les cas spéciaux.

2188. Beaucoup de circonstances nées des formes spéciales de la maladie et des changements qu'elle peut subir dans sa marche, modifient les indications thérapeutiques sur lesquelles repose l'administration rationnelle des moyens que nous avons indiqués. On appréciera facilement l'importance de ces circonstances en remontant aux conditions pathologiques qu'elles représentent; on sera conduit par elles à diminuer ou à augmenter l'activité des moyens de traitement, à presser ou à différer leur administration. Quant au choix des agents thérapeutiques, il se déduit de leurs effets; l'on conçoit ainsi qu'on peut substituer avec les mêmes résultats à l'emploi des médicaments que nous avons cités, beaucoup d'autres moyens que fournit la matière médicale qui ont la même action sur le tube digestif. Il nous suffit d'insister ici sur les indications générales qui doivent toujours être mises en première ligne dans la curation rationnelle des dyspepsies nidoreuses : savoir que les médicaments évacuants sont toujours indiqués par les

symptômes dyspepsiques proprement dits et contr'indiqués par les signes d'une vive irritabilité et d'une phlogose imminente de la muqueuse gastro-intestinale. La présence de ces signes impose la nécessité d'ajourner l'administration des évacuants, et de la préparer par l'usage continu des boissons délayantes et d'un régime calculé de manière à tenir l'appareil digestif à l'abri de toute stimulation.

Des cas où la médication antiphlogistique est indiquée dans les dyspepsies nidoreuses.

2189. Dans quelques cas, assez rares à la vérité, mais assez graves pour devoir être spécialement signalés, la turgescence gastro-intestinale diacritique est assez vive, la phlogose de la muqueuse digestive assez prononcée, et l'état général des malades assez voisin d'un état inflammatoire, pour motiver une médication antiphlogistique active qui doit précéder l'emploi de la médication évacuante et même se combiner avec elle.

Lorsque les sujets affectés de dyspepsie nidoreuse sont dans un état de pléthore évident, ou bien, si indépendamment des symptômes dyspepsiques l'on observe des symptômes d'une vive irritation gastro-intestinale, comme une soif ardente, une rougeur vive de la muqueuse linguale et buccale, une propension à la sècheresse de la langue, de la soif, une vive épigastralgie, des nausées et des vomissements fréquents, la tension des hypochondres, la rénitence de l'abdomen, des douleurs tormineuses vives, de la douleur à la pression vers les flancs et les fosses iliaques, des épreintes, etc., une émission sanguine générale, ou des émissions sanguines locales sont indiquées et doivent être pratiquées de prime abord. Dans quelques cas heureux ces émissions sanguines sont suivies d'une telle atténuation des accidents, qu'il suffit ensuite d'une médication expectante pour que la maladie arrive à une heureuse terminaison. Elle y parvient ordinairement par la manifestation de selles liquides mucoso-bilieuses qui s'établissent sans être provoquées et durent pendant quelques jours (2118).

Dans tous ces cas où l'emploi des émissions sanguines a été indiqué au début du traitement, il est toujours convenable de tenir les malades pendant quelques jours sous l'influence des seules boissons délayantes avant d'en venir aux évacuants des premières voies. Cette précaution est nécessaire pour bien juger de l'état des malades. Si les symptômes d'irritation gastro-intestinale ne cèdent pas complètement ou tendent à se reproduire après avoir diminué par les antiphlogistiques, il faut insister davantage sur l'administration des moyens délayants et même réitérer les émissions sanguines; si au contraire cet état a tout à fait cessé, et que les symptômes saburrhaux persistent seuls, on en vient aux évacuants des premières voies. On peut alors le faire avec d'autant plus de sécurité qu'on s'est mieux assuré que toute trace de phlogose a disparu et ne tend pas à reparaître, et que l'on a, par la médication antiphlogistique, préparé les bons effets des moyens évacuants [1]. Après qu'on a pris ces précautions, l'utilité de ces derniers moyens est aussi assurée que si la maladie ne s'était montrée à son début qu'avec les seuls symptômes dyspepsiques. L'administration des émétiques peut alors se faire sans inconvénient, et est presque toujours suivie de la cessation des accidents. Si cet heureux effet n'est pas immédiatement obtenu on peut insister sur les évacuants en en réitérant l'administration avec les précautions convenables (2184), et l'on ne voit pas ordinairement se reproduire les symptômes d'irritation gastro-intestinale qui nécessitent l'interruption de la médication évacuante.

Inconvénients de la médication antispasmodique et sédative dans les dyspepsies nidoreuses.

2190. La manifestation de quelques accidents nerveux, provoqués soit par la maladie elle-même, soit par les douleurs inhérentes à l'état morbide du tube digestif, soit par

[1] *Vomitus tutius post venæ sectionem, ubi ea apta est educitur.* (Th. Glass. *Comment. de feb. ad Hipp. discipli. accomodat.*, Comment. VII, p. 78.)

l'ébranlement déterminé chez les sujets irritables par les émétiques ou les éméto-cathartiques, entraîne facilement les jeunes médecins qui n'ont pas acquis par expérience la certitude du peu d'inconvénient de ces accidents nerveux, à insister sur les antispasmodiques, et surtout sur les opiacés. On est d'autant plus porté à le faire, que ces médicaments procurent presque toujours un état de calme immédiat dont les malades s'applaudissent, parce que les douleurs cardialgiques, les coliques, et surtout le ténesme, se suspendent. Il faut se défier de cette amélioration apparente: elle entraîne presque toujours une augmentation de l'intensité de l'affection saburrhale, et elle lui imprime une marche chronique et un caractère rebelle qui aggravent évidemment l'état du malade. Malgré la suspension des douleurs, l'anorexie persiste et devient même plus marquée, la langue reste fuligineuse, la faiblesse et le sentiment de courbature augmentent, les vertiges deviennent plus fréquents et plus intenses, les éructations nidoreuses continuent, le ventre est comme bouffi et à demi météorisé : c'est que les sédatifs antispasmodiques, et surtout les narcotiques, sont nuisibles dans les dyspepsies nidoreuses; ils augmentent l'anorexie, affaiblissent l'action du tube digestif, et suspendent le travail de la coction gastro-intestinale qui doit s'accomplir sur toutes les substances ingérées; ils augmentent ainsi la formation et la rétention des saburrhes[1]; nous avons vu plusieurs fois la maladie s'aggraver sous leur influence, et arriver promptement à l'état de fièvre assode (1733). L'administration des émétiques est presque toujours immédiatement indiquée dans ces cas; il est même le plus souvent alors nécessaire d'y recourir avec plus d'activité qu'il n'aurait fallu le faire sans les fâcheux effets de la médication narcotique.

[1] Presque tous les auteurs s'accordent à signaler les inconvénients de l'administration des opiacés dans les cas dont il s'agit; on trouvera le résumé de leurs opinions à ce sujet dans l'ouvrage de B. Lud, Tralles, *De usu opii salubri et noxio*. T. I. p. 140, § XXIII.

Inconvénients de la médication antiphlogistique appliquée avec trop d'activité à la curation des dyspepsies nidoreuses.

2191. Les remarques que nous venons de faire sur les inconvénients des sédatifs et des narcotiques, dans la curation des dyspepsies nidoreuses, s'appliquent également à la médication antiphlogistique, adoptée et prolongée outre mesure par la crainte d'une irritation inflammatoire gastro-intestinale. Ce traitement est surtout nuisible quand on l'applique avec la sévérité et par l'emploi de moyens qui ne conviennent que dans les gastro-entérites. Ainsi l'abstinence complète de toute substance alimentaire, l'administration continuée avec opiniâtreté des boissons émollientes mucilagineuses, ont presque toujours pour effet d'augmenter les symptômes dyspepsiques. C'est surtout dans les embarras gastro-intestinaux pituiteux que cet inconvénient s'observe; il est d'autant plus marqué que la maladie participe davantage de la forme chronique, comme nous en avons rapporté un exemple d'après Broussais (1808). L'usage du lait et des boissons féculentes comme tisanes et comme aliments est fréquemment suivi dans ces maladies de ces fâcheux résultats. L'administration des émétiques et des éméto-cathartiques peut seule, dans ces cas, interrompre la marche fâcheuse de la maladie; elle est encore indiquée par la présence des effets nuisibles des moyens que nous venons d'indiquer continués et appliqués outre mesure. Il faut la prescrire sans hésitation : ses bons effets sont quelquefois si rapides, que la convalescence est immédiatement déterminée, quoique la maladie ait duré plusieurs semaines malgré la médication délayante suivie avec opiniâtreté.

Indication des évacuants sur la marche semi-chronique que prennent quelquefois les dyspepsies nidoreuses à leur déclin.

2192. La terminaison imparfaite des dyspepsies nidoreuses qui se montre par cet état valétudinaire que nous avons signalé qui remplace le convalescence de ces maladies (1728), est souvent le résultat d'une médication mal conçue; l'emploi des délayants et des antiphlogistiques trop prolongé ou appliqué mal à propos, l'administration intempestive des sédatifs et des narcotiques, l'omission des

évacuants, sont les causes les plus fréquentes de cette conversion des dyspepsies nidoreuses en cet état morbide chronique, dans lequel les symptômes dyspepsiques ne se montrent plus qu'à un faible degré, et quelquefois seulement par intervalles. Cet état saburrhal semi-chronique cesse dans la plupart des cas par l'administration des émétiques, et fait immédiatement place à la convalescence; mais il exige, encore plus que les dyspepsies nidoreuses aiguës, qu'on ait recours à cette médication avec une certaine hardiesse, et qu'on n'hésite pas à la renouveler plusieurs fois.

Médication convenable pour la curation des dyspepsies nidoreuses chroniques.

2193. Dans les dyspepsies nidoreuses chroniques, il ne suffit pas de s'en tenir aux évacuants des premières voies, même en réitérant l'administration de ces agents thérapeutiques; ils resteraient sans effet si l'on n'y joignait des moyens propres à modifier d'une manière continue l'action sécrétoire des cryptes mucipares. Ces moyens se tirent de la classe des médicaments amers et toniques, et même quelquefois des stimulants. Nous conseillons habituellement cette médication mixte de la manière suivante.

Nous prescrivons d'abord des émétiques ou des émétocathartiques, pour la composition desquels nous préférons l'ipécacuanha au tartre stibié, à cause de son effet tonique sur le tube digestif; nous y associons fréquemment pour les mêmes motifs la rhubarbe, ou le jalap, ou le séné; l'effet évacuant obtenu, nous faisons administrer une tisane amère et aromatique légère que nous rendons même quelquefois laxative, surtout si l'état morbide dure déjà depuis un certain temps. Cette tisane est tantôt une infusion de quinquina et de rhubarbe, tantôt une infusion de têtes de camomille romaine, rendue laxative avec la crême de tartre soluble ou avec le sirop de fleurs de pêcher, ou avec le sirop de chicorée composé; il suffit assez souvent de quelques jours de l'usage de ces moyens pour rétablir le malade. Si cependant ce résultat n'est pas obtenu au bout

de quelques jours, nous revenons à l'administration d'un émétique ou d'un éméto-cathartique pour peu que l'anorexie persiste, que la langue conserve sa couche saburrhale et que les digestions restent difficiles. Si au contraire l'anorexie a cessé, si la maladie n'est plus caractérisée que par des coliques obtuses, des borborygmes, un certain degré de tension de l'abdomen vers les flancs, des selles liquides et stercorales, nous préférons les purgatifs et nous les choisissons parmi les substances amères ou aromatiques, dont nous augmentons souvent l'effet par les sels cathartiques. L'infusion de feuilles de séné avec addition de sulfate de soude, édulcorée avec le sirop de fleurs de pêcher, nous fournit le plus souvent un apozème purgatif dont nous obtenons les meilleurs effets. Les purgatifs huileux dont on fait aujourd'hui un si grand usage sont presque toujours inutiles et souvent nuisibles dans ces cas; ils sont difficilement supportés par l'estomac, et ils augmentent souvent la dyspepsie nidoreuse (2054).

Pour assurer les bons résultats de cette médication, il faut la prolonger pendant un certain temps, comme deux ou trois semaines, en séparant l'administration de chaque moyen thérapeutique par quelques jours de repos.

Il importe autant et plus même que pour la curation des dyspepsies nidoreuses aiguës, de faire concourir à la guérison des dyspepsies chroniques tous les moyens de régime qui ont été indiqués en parlant de la médication expectante; sans le concours de ces moyens il ne faut compter sur aucun résultat heureux.

2194. L'âge et la constitution des malades apportent d'importantes modifications dans le choix des moyens thérapeutiques qui conviennent contre les dyspepsies nidoreuses.

Des modifications dans les moyens curatifs qu'il faut adopter chez les en-

2195. Chez les enfants, et même chez les jeunes sujets qui n'ont pas dépassé la puberté, l'irritabilité du tube digestif est grande, son appareil vasculaire capillaire est très

riche; on ne doit recourir qu'avec réserve aux évacuants actifs éméto-cathartiques. Il vaut mieux persister pendant un temps plus long dans l'usage de la médication expectante, dût la maladie se prolonger davantage, que de se trop hâter de prescrire les évacuants; lorsque l'on se détermine à le faire et qu'il est indiqué de réitérer l'administration de ces moyens, il faut toujours agir après un assez grand intervalle, pour ne pas s'exposer à provoquer une trop vive irritation gastro-intestinale. D'un autre côté, il faut se rappeler aussi que chez les jeunes sujets, quand on peut craindre que le tube digestif n'ait contracté un état de phlogose, il y a souvent de l'inconvénient à se hâter de soumettre le malade aux émissions sanguines. Les déperditions de sang à cet âge dépassent aisément le but et sont presque toujours difficilement réparées, d'autant plus que le dérangement des fonctions digestives tarit la source principale de la réparation des forces. Mieux vaut presque toujours chez les enfants attendre la cessation de l'irritation gastro-intestinale d'une médication expectante, qui ne comprend que l'administration des délayants, que de vouloir arriver rapidement au but par des émissions sanguines.

fants affectés de dyspepsies nidoreuses.

Des modifications que la sénilité impose pour la curation des dyspepsies nidoreuses.

2196. Chez les vieillards, l'administration des évacuants est presque toujours périlleuse, moins par l'irritation gastro-intestinale qu'elle provoque rarement, que par la déperdition des forces qui arrive toujours à un haut degré par les déperditions de liquides et par les douleurs et le malaise que détermine l'effet immédiat de ces médicaments. Cette déperdition de forces qui vient s'ajouter à celle qui résulte de la dyspepsie nidoreuse elle-même, est quelquefois telle qu'elle met rapidement en danger le malade. Il est plus prudent, quand on a à traiter une simple dyspepsie nidoreuse chez des sujets avancés en âge, de s'en tenir à l'administration des boissons acidules, tant que la maladie conserve sa forme aiguë et un certain degré d'in-

tensité; on y joint ensuite, quand le maladie a dépassé cette période, les boissons légèrement vineuses, aromatiques ou amères, dont on augmente progressivement l'activité. Dans la plupart des cas, il faut insister pendant assez longtemps sur ces derniers moyens, même lorsque la convalescence est confirmée, car les fonctions digestives reprennent lentement leur activité normale. On conçoit facilement que cette médication des dyspepsies nidoreuses des vieillards doit se modifier suivant l'état constitutionnel des sujets. Chez beaucoup de vieillards bien conservés, on se rapproche de la méthode curative qui convient aux adultes dans la force de l'âge, comme on se trouve souvent obligé de s'imposer toutes les précautions qui conviennent aux vieillards chez des sujets de l'âge moyen de la vie, qui par leur constitution détériorée se rapprochent des conditions de l'âge très avancé.

Influence de l'idiosyncrasie des malades sur le choix des moyens thérapeutiques.

2197. L'irritabilité extrême du système nerveux, particulière à quelques sujets, fréquente surtout chez les jeunes femmes, impose souvent une certaine réserve dans l'administration des vomitifs. Il ne faut pas se laisser trop influencer à cet égard par les rapports des malades, qui sont portés à exagérer et à présenter comme des accidents sérieux, les douleurs cardialgiques et les secousses spasmodiques qu'ils ont éprouvées par suite de l'administration d'émétiques à laquelle ils ont pu être antérieurement soumis (2180); toutefois, on ne doit pas négliger ces renseignements. On rencontre des sujets si irritables, que les secousses convulsives du vomissement et les douleurs cardialgiques que provoquent les émétiques déterminent chez eux de véritables convulsions générales, suivies de lipothymies, ou au moins d'un état de faiblesse porté au point de donner des inquiétudes. Il faut s'abstenir de donner des vomitifs à ces sujets, ou au moins il faut les administrer avec quelques précautions. L'observation clinique prouve que les résultats nuisibles des vomissements sont plus facilement

provoqués par des émétiques donnés à trop faible dose, que lorsqu'on agit par des doses assez élevées. Les efforts insuffisants de vomissement, les nausées réitérées sans résultat, ébranlent bien plus sûrement et avec plus de force le système nerveux que ne le font des efforts de vomissement rapidement provoqués et rapidement efficaces. Nous avons si souvent observé ces résultats, que nous n'hésitons pas, quand nous croyons qu'il est indiqué de faire vomir des malades doués d'une irritabilité nerveuse exagérée, à administrer tout d'un coup une assez haute dose d'émétique, par exemple, comme dix à quinze centigrammes de tartre stibié, ou un gramme de poudre d'ipécacuanha en une seule prise, pour avoir un effet évacuant rapide. On modère ensuite les efforts de vomissement en faisant donner à la fois une grande quantité de liquide aqueux dès qu'ils se manifestent.

2198. Ce mode d'administration des émétiques, exigé par l'idiosyncrasie des malades, a néanmoins l'inconvénient de ne pas provoquer des évacuations soutenues et abondantes, comme il serait nécessaire de les obtenir pour retirer tous les avantages de cette médication; on est le plus souvent obligé de réitérer l'administration du remède dans des cas où, par la méthode ordinaire, on aurait obtenu en une seule fois un effet suffisant. C'est un inconvénient sans doute, d'autant plus qu'il est toujours prudent de rester deux ou trois jours en expectation avant de réitérer l'administration du moyen thérapeutique; mais mieux vaut cet inconvénient que de s'exposer à produire des épiphénomènes qui effrayent les malades et qui aggravent quelquefois réellement leur état.

### § II. *Thérapeutique des fièvres dyspepsiques ou assodes, ou des fièvres gastriques bilieuses, muqueuses, ardentes des auteurs.*

2199. Les principales indications thérapeutiques sur lesquelles repose la curation rationnelle des fièvres assodes se Des indications thérapeutiques principa-

les de la curation des fièvres dyspepsiques déduites des conditions morbides constitutives de ces maladies.

déduisent des deux conditions morbides des voies digestives qui constituent toujours le point de départ des principaux accidents de ces maladies (1997 *et sqq.*) Ces deux conditions morbides sont la diacrise muqueuse du tube gastro-intestinal étendue à des degrés variables aux organes sécréteurs qui concourent à l'accomplissement de la digestion, et l'irritabilité exagérée ou même la phlegmasie de la muqueuse des voies digestives (2002).

La diacrise gastro-intestinale est toujours primitive; elle constitue par la turgescence des organes sécréteurs qu'elle occasionne (2015), la cause immédiate principale de la phlegmasie qui lui est ainsi subordonnée, au moins dans son début, et dont elle n'est en ce sens que le premier degré.

2200. C'est sur ces conditions constitutives de l'état morbide dans toutes les fièvres dyspepsiques que repose surtout la curation rationnelle de ces maladies; il importe de se les rappeler pour bien comprendre la valeur des indications sur lesquelles nous allons asseoir les règles du traitement des fièvres dyspepsiques.

Il n'est pas de maladies qui exigent de la part du médecin plus de sagacité dans l'appréciation des phénomènes morbides, plus de réserve et à la fois plus de décision dans la prescription des moyens thérapeutiques, et enfin plus d'habitude de voir les malades et de discerner l'importance et la nature des accidents qu'ils éprouvent. C'est surtout à la direction du traitement des fièvres dyspepsiques qu'on peut apprécier le savoir et l'expérience du praticien [1].

2201. Les indications thérapeutiques principales ne se déduisent ni du type des accidents réactionnels, ni des phénomènes insolites qui peuvent les modifier; elles sont les mêmes et conduisent à l'emploi de moyens curatifs de

[1] Baglivi a dit avec ce sens médical si exquis qui se distingue dans ses écrits : « *Præ cæteris animadverto, in nullo morborum genere; tanta opus » esse patientia, expectatione, cunctatione ad bene feliciterque curan- » dum, quanta ad bene curandas febres mesentericas.* »

même ordre, que la fièvre assode soit éphémère, rémittente, continue, ou ataxique, ou qu'elle ait la forme spéciale gastrique bilieuse ou gastrique muqueuse. Dans tous ces cas, c'est toujours une diacrise abdominale avec un état de turgescence ou même de phlogose secondaire plus ou moins intense des organes crypteux gastro-intestinaux qu'il s'agit de combattre (1976 *et sqq.*, 1997 *et sqq.*); les formes particulières de la maladie, et ses phénomènes insolites ne fournissent que des indications de second ordre qu'il ne faut sans doute pas négliger, mais qui ne doivent jamais faire perdre de vue les indications capitales qui découlent de l'état morbide gastro-intestinal primitif et essentiel.

Tous les moyens thérapeutiques applicables à la curation des fièvres assodes rentrent dans la médication expectante ou dans la médication active. Il convient de poser successivement les règles de ces deux méthodes thérapeutiques.

**(A.) De la médication expectante applicable au traitement des fièvres assodes.**

**De l'utilité de la médication expectante dans la curation des fièvres assodes.**

2202. La méthode thérapeutique expectante que nous avons indiquée pour la curation des dyspepsies nidoreuses (2157 *et sqq.*) est toujours applicable en tous points à la curation des fièvres assodes sans autre modification que de proportionner la rigueur des moyens de régime sur lesquels elle repose principalement, à l'intensité des accidents.

Cette médication expectante suffit pour obtenir la guérison de la plupart des fièvres dyspepsiques éphémères et d'un grand nombre de fièvres assodes rémittentes et continues; elle suffit quelquefois pour obtenir la guérison des fièvres dyspepsiques chroniques; et l'on parvient aussi par elle seule à obtenir l'heureuse terminaison de quelques fièvres assodes ataxiques.

**Comment se conçoit l'utilité de la médication expectante pour la curation des fièvres assodes.**

2203. Pour comprendre l'utilité de la méthode thérapeutique expectante contre les fièvres assodes, il suffit de rappeler que la médication qui la constitue consiste à mettre le tube digestif dans l'état de repos par l'abstinence d'aliments ou au moins en ne le mettant en rapport qu'avec de

très petites quantités de substances alimentaires, qui n'exercent sur lui qu'une faible action, pendant qu'on atténue par des boissons délayantes la turgescence des organes sécréteurs et l'irritabilité exagérée ou même l'irritation inflammatoire de la membrane muqueuse gastro-intestinale. On place ainsi les organes malades dans les conditions les plus favorables pour revenir d'eux-mêmes à leur état normal; on ne trouble point et même on provoque les excrétions alvines par lesquelles le tube digestif se débarrasse des saburrhes déposées dans sa cavité; on favorise aussi les excrétions urinaires et cutanées qui s'établissent si souvent comme crises des maladies assodes; on tempère l'état fébrile symptômatique de l'affection gastro-intestinale, non seulement en modérant cette affection qui en est le point de départ, mais en atténuant par suite de l'absorption des principes aqueux des boissons acidules l'irritabilité des appareils circulatoire et nerveux et conséquemment de tous les tissus.

Pour qu'on puisse attendre la guérison de cet ensemble d'effets thérapeutiques il faut que l'intensité de la maladie ne soit pas telle qu'elle ait jeté toutes les grandes fonctions organiques dans un état de prostration qui ne permet plus de compter sur le rétablissement progressif de leur activité (2027), ou qu'elle ait occasionné des désordres locaux presque irréparables ou au moins trop difficilement réparables. Il faut aussi, pour qu'un résultat heureux puisse être obtenu par la médication expectante, que l'état morbide gastro-intestinal n'entraîne pas, par l'influence qu'exerce sur tout l'organisme l'affection d'une surface aussi irritable et aussi vasculaire que celle du tube digestif et l'imperfection d'une fonction aussi importante que la digestion, la manifestation d'un état fébrile excessif (2018, 2022), ou de congestions inflammatoires dans des organes importants, ou d'accidents nerveux (2025) qui deviennent par eux-mêmes une cause de péril immédiat. Toutes ces

circonstances de la maladie indiquent l'emploi de moyens actifs qu'il serait imprudent de négliger tout en persistant à prescrire les moyens de régime et la médication délayante qui appartiennent à l'expectation.

2204. D'après ces considérations générales, qui ne sont que les principales conséquences de l'observation clinique, on doit reconnaître que les indications qui déterminent à s'en tenir avec plus ou moins de rigueur à la médication expectante se résument dans la prévision que l'organisme trouvera en lui-même assez de ressources pour réagir contre les causes de la maladie et ramener les organes malades à leur état normal. Cette prévision s'établit par l'appréciation de toutes les conditions particulières aux sujets malades et à l'état de maladie, estimées par les rapports connus des lésions aux symptômes (1997 *et sqq.*) et par les observations sur lesquelles repose le prognostic (2105 *et sqq.*).

**Expression générale des indications de la médication expectante.**

2205. Pour les conditions particulières aux sujets malades qui permettent de compter sur les effets de la simple médication expectante, on peut les considérer comme existantes quand les malades sont d'une bonne constitution, quand ils sont dans la force de l'âge, quand ils n'ont point éprouvé antérieurement des ébranlements physiques, et surtout des commotions morales (2044) ou des maladies aiguës ou chroniques qui aient épuisé leurs forces. On peut surtout compter sur l'existence de ces conditions favorables si les malades sont des personnes chez lesquelles les excrétions sécrétoires cutanées, urinaires et surtout intestinales se produisent facilement. Dans les conditions contraires on ne peut espérer une terminaison facile de la maladie par les seuls moyens expectants; l'on peut même présumer qu'ils seront insuffisants si l'on a à traiter des enfants ou des vieillards (2036), ou des adultes d'une constitution faible, d'un tempérament lymphatique, dont les fonctions digestives sont habituellement difficiles ou sujettes à se déranger pour les moindres causes; si l'on a à traiter des personnes habi-

**Indications pour la médication expectante déduites des conditions particulières aux individus malades.**

tuellement constipées, qui mènent une vie trop sédentaire, ou dont la peau est peu perméable et blafarde; si ce sont des personnes qui ont été affectées plusieurs fois de fièvres intermittentes, ou de diacrises gastro-intestinales opiniâtres. Enfin, on ne peut guère s'en tenir avec sécurité à la seule médication expectante quand on à traiter des malades placés dans des circonstances propres à entretenir et plus encore à déterminer les dyspepsies nidoreuses; c'est pourquoi il serait presque toujours imprudent de compter sur cette seule médication dans les temps et les lieux où les dyspepsies nidoreuses sont épidémiques; dans les lieux où ces maladies se produisent par les circonstances environnantes (2060 *et sqq.*), comme les lieux bas et humides, les habitations où les hommes sains et malades sont agglomérés; c'est pourquoi dans les hôpitaux, par exemple, cette médication est rarement seule applicable à la curation de ces maladies.

**Des indications et contr'indications de la médication expectante déduites de la maladie elle-même ou de ses épiphénomènes.**

2206. Les principales indications et contr'indications de la médication expectante se déduisent de la maladie elle-même. Lorsque les symptômes saburrhaux sont modérés et les phénomènes d'irritation et de phlogose du tube digestif peu intenses, et lorsqu'on n'observe point d'épiphénomènes, la médication expectante suffit ordinairement, surtout si la maladie est encore récente. Elle est le plus souvent insuffisante si la fièvre assode a été précédée de prodromes dyspepsiques prolongés, ou encore si les symptômes d'irritabilité du tube digestif se montrent à un haut degré, ou bien si la maladie détermine une grande prostration des forces ou est compliquée d'épiphénomènes nerveux ou inflammatoires graves.

2207. Quand la maladie est rémittente, si les paroxysmes sont d'une intensité médiocre, et si l'état fébrile est modéré, la médication expectante suffit presque toujours; mais dans les cas contraires, et surtout si les paroxysmes sont intenses, s'ils se montrent avec une exaspération très

prononcée de quelques uns des accidents de la maladie, comme par exemple les vomissements et la céphalalgie, la médication expectante peut laisser la maladie s'accroître, et exposer ainsi les malades à un grand danger.

Si les symptômes paroxystiques prennent e jour en jour plus de longueur et plus d'intensité, l'on court le risque en négligeant une médication active de voir la maladie tendre à la forme continue, et prendre une gravité telle que la guérison pourra se trouver ensuite très difficile à obtenir. Ce résultat est presque certain quand les symptômes d'irritation et de phlogose du tube digestif s'aggravent à chaque paroxysme, ou bien encore si la prostration des forces augmente dans le paroxysme et devient de plus en plus grande à chaque rémission. Si chaque paroxysme ramène quelque accident grave épiphénoménique, comme par exemple un frisson extrême, une douleur céphalalgique exagérée, des vomissements incoercibles, du délire, de vives douleurs abdominales ou articulaires, ou névralgiques des membres, la maladie peut s'aggraver au point de devenir comme pernicieuse par le seul fait du retour des accès; la médication expectante devient alors dangereuse.

2208. Dans les fièvres hectiques assodes la médication expectante est presque toujours insuffisante, l'organisme s'est pour ainsi dire habitué à la présence de la dyspepsie nidoreuse; on ne voit point alors se produire ces changements d'heureux présage dans l'état morbide, marqués surtout par la manifestation de sueurs, d'urines critiques, de diarrhée, etc. (2118 et *sqq.*); les symptômes se reproduisent chaque jour, plus ou moins régulièrement avec la même intensité et de la même manière; on ne parvient dans la plupart des cas à les intervertir que par des moyens actifs propres à modifier la condition morbide des cryptes mucipares gastro-intestinales et des glandes annexes du tube digestif.

2209. Dans les fièvres assodes continues, l'intensité de l'état fébrile, entretenue dans la plupart des cas par la phlegmasie de la muqueuse ou des cryptes gastro-intestinales (2022), brise rapidement les forces; toutes les fonctions organiques deviennent imparfaites ou même interverties par suite du trouble secondaire de la circulation; la manifestation de congestions et de phlegmasies est toujours imminente; la médication expectante dans ces cas graves n'a que le faible avantage de ne pas ajouter à l'intensité de l'état morbide; elle est insuffisante pour en empêcher les progrès; on ne peut compter sur elle que dans les fièvres assodes continues peu graves, et encore même dans ces cas ne peut-on avec sécurité s'en tenir à cette médication qu'en la rendant très rigoureuse et en y joignant quelques moyens actifs.

2210. La contr'indication de la méthode thérapeutique expectante, au moins comme médication exclusive, est encore plus prononcée pour les fièvres assodes ataxiques que pour toutes les autres formes de fièvres dyspepsiques. Il existe toujours dans ces maladies des symptômes de perturbation grave des fonctions importantes, et particulièrement des fonctions du système nerveux (2025) qui deviennent par eux-mêmes les causes d'un danger imminent pour les malades.

Des limites de la médication pectante pour la curation des fièvres dyspepsiques graves.

2211. En tenant compte de toutes les circonstances qui viennent d'être exposées, on peut, dans le plus grand nombre des cas, se déterminer sans beaucoup d'hésitation pour la médication expectante simple, ou pour une médication plus ou moins active. Toutefois il importe de se rappeler que la méthode expectante suffit pour obtenir sans inconvénient la guérison d'un grand nombre de fièvres assodes; on peut même commencer par y recourir exclusivement dans les fièvres dyspepsiques graves, jusqu'à ce que les indications de l'emploi des moyens perturbateurs soient très prononcées. Dans les cas même les plus intenses cette méthode de traitement est toujours celle à laquelle il faut revenir

après l'emploi ou dans les intervalles de l'administration des médicaments actifs.

En donnant ainsi à la médication expectante la plus grande importance pour la curation des fièvres assodes, nous ne faisons que raisonner d'après l'existence et la nature des lésions que nous avons reconnues dans ces maladies, et que d'après les rapports qui existent entre ces lésions et les symptômes morbides (1997 *et sqq.*). Il faut remarquer, en effet, que les altérations gastro-intestinales des fièvres assodes ne sont jamais si profondes qu'elles ne puissent disparaître par résolution, sans laisser de traces de leur présence dans le tube digestif. Si la turgescence diacritique gastro-intestinale, ou même la phlogose de la muqueuse et des organes sécréteurs qui en est le plus haut degré, exercent une si vive influence sur tout l'organisme qu'il en résulte un état fébrile intense, c'est plutôt à la grande étendue des surfaces qu'elles occupent qu'à la profondeur des désordres qu'elles occasionnent qu'il faut l'attribuer. On doit aussi reconnaître que les accidents de ces fièvres, surtout dans la forme qu'elles ont le plus habituellement lorsque la diacrise gastro-intestinale est dominante, ne sont presque jamais d'une telle intensité qu'ils compromettent immédiatement la vie. On peut, dans la plupart des cas, laisser la maladie marcher pendant quelques jours sous la seule influence de la médication expectante pour mieux apprécier les indications qui se présentent, et juger de la nécessité de l'administration des moyens perturbateurs.

De la médication expectante à l'issue et pendant la convalescence des fièvres dyspepsiques.

2212. La médication expectante des fièvres assodes renferme l'emploi méthodique de tous les moyens de régime auxquels il faut soumettre les malades à l'issue de ces maladies avec plus d'attention encore que pendant leur cours. Quels que soient en effet les moyens thérapeutiques par lesquels on a déterminé le décroissement de la maladie, il importe de se rappeler qu'elle laisse après elle un certain

degré d'irritabilité des organes digestifs, et une aptitude prononcée à devenir de nouveau le siége d'une diacrise muqueuse et bilieuse. C'est cet état habituel du tube digestif dans la convalescence de ces maladies que signalaient Rœderer et Wagler quand ils disaient que le tube digestif ne revenait à la condition physiologique que progressivement et par degrés [1]. Il importe d'étudier attentivement cette progression croissante du retour de l'activité des fonctions des organes digestifs après les fièvres dyspepsiques pour ne rendre aux malades le régime de l'état de santé que d'une manière graduelle. Si la digestion s'accompagne de soif, de douleurs épigastriques, de douleurs tormineuses, de tension de l'abdomen, d'éructations acides ou nidoreuses, il faut insister sur la sévérité du régime, jusqu'à ce que l'irritabilité exagérée des organes digestifs ait cessé. Si au contraire la bouche reste amère, la digestion lente et pénible, l'anorexie prononcée; si les malades ont des alternatives de constipation et de diarrhée; si les forces se relèvent lentement il faut prescrire des boissons légèrement amères et stimulantes, et faire ainsi cesser les derniers symptômes dyspepsiques qui survivent à la fièvre assode par tous les moyens que nous avons indiqué pour la dernière période des dyspepsies nidoreuses (2168, 2187). Dans tous ces cas là on doit se rappeler aussi que la susceptibilité du tube digestif est d'ordinaire très différente chez les divers sujets, et qu'il en résulte souvent la nécessité de varier les boissons et les aliments ingérés pour rencontrer les moyens les mieux appropriés à l'irritabilité du tube digestif de chaque individu. Cette médication de la convalescence des fièvres assodes est à la fois curative de leurs derniers accidents, et prophylactique des rechutes de la maladie ou au moins du retour de la dyspepsie nidoreuse qui survient si facilement dans la convalescence.

[1] *Memorabilis in intestinis restituendis series observatur.* (*De morbo mucoso*, p. 63).

(B.) De la médication active applicable à la curation des fièvres dyspepsiques ou assodes.

2213. La médication active indiquée pour la curation des fièvres assodes comprend des moyens perturbateurs dont l'activité diffère suivant les formes diverses de ces maladies; elle se modifie d'après les indications spéciales qui résultent des différents degrés d'intensité des accidents essentiels des fièvres assodes et des phénomènes morbides particuliers que présente chaque malade aux différentes périodes de l'état morbide.

Principe général sur la convenance et l'adoption de la médication active pour guérir les fièvres dyspepsiques.

C'est une règle générale applicable à tous les cas dans lesquels on a recours à la médication active, quels que soient d'ailleurs les moyens qu'elle comporte, de n'être jamais exclusive de la médication expectante; il ne faut jamais abandonner les moyens de cette médication d'une manière continue; ils doivent, dans tous les cas, précéder l'administration des agents perturbateurs et tempérer leurs effets; il faut toujours rentrer, après chacun de ces moyens perturbateurs, dans la médication expectante pour attendre les indications et juger de leur valeur par les effets immédiats obtenus.

2214. Tous les agents thérapeutiques qui entrent dans la médication active des fièvres assodes se rapportent à quatre ordres d'indications : 1° les indications spécialement fournies par la diacrise gastro-intestinale ou l'état saburrhal; 2° les indications qui se déduisent de l'irritabilité exagérée et même de la phlegmasie de la muqueuse ou des organes sécréteurs gastro-intestinaux; 3° les indications qui résultent des phénomènes morbides réactionnels ou de l'état fébrile; 4° les indications qui sont fournies par les épiphénomènes que la maladie peut déterminer.

Sources des principales indications de la médication active pour la curation des fièvres assodes.

2215. Indépendamment de toutes les indications spéciales qui déterminent le choix et les limites qu'il convient d'apporter à l'emploi de tous les moyens thérapeutiques

Indication générale pour le choix des moyens actifs applicables à la curation

de toutes les fièvres dyspepsiques.

actifs dont nous allons parler, il est une indication capitale dont il faut toujours tenir le plus grand compte pour la thérapeutique rationnelle des fièvres assodes, c'est l'indication qui résulte des effets obtenus de ces moyens chez les malades qui ont précédé celui auquel on donne actuellement des soins ou qui se trouvent affectés en même temps que lui. L'influence si grande des constitutions épidémiques et saisonnières sur la production des fièvres dyspepsiques, sur les formes et sur toutes les circonstances de ces maladies (2066 *et sqq.*) se retrouve avec toute sa puissance dans les effets des moyens thérapeutiques ; elle est telle que, dans certaines années et dans certaines saisons, on ne guérit sûrement les fièvres assodes que par des moyens qui ne produiraient que de fâcheux effets en d'autres temps. Tous les grands praticiens s'accordent sur ce point; c'est ainsi, comme l'a observé Huxham, que les fièvres dyspepsiques du printemps exigent en général un traitement antiphlogistique qui serait souvent dangereux contre les fièvres assodes qui surviennent en automne où l'on se trouve mieux des évacuations provoquées par les émétiques et les purgatifs. C'est une règle rationnelle de pratique pour la curation des fièvres dyspepsiques de considérer l'influence des constitutions épidémiques et saisonnières.

1° *Des moyens thérapeutiques qui se rapportent aux indications spécialement fournies par la diacrise gastro-intestinale pour la curation des fièvres assodes.*

Indications thérapeutiques principales déduites de la diacrise gastro-intestinale dans les fièvres dyspepsiques.

2216. Les indications spécialement fournies par la diacrise gastro-intestinale ou par l'état saburrhal dont elle est la condition morbide essentielle, se déduisent de la nécessité d'expulser les saburrhes et de modifier l'état diacritique des organes sécréteurs du tube digestif et de ses annexes. On satisfait à ces indications par tous les moyens perturbateurs dont nous avons déterminé les avantages

et les inconvénients en parlant de la thérapeutique des dyspepsies nidoreuses (2170 *et sqq.*); toutefois l'utilité de ces moyens thérapeutiques s'apprécie d'après des règles particulières pour la curation des fièvres assodes.

Utilité des évacuants des premières voies dans les fièvres dyspepsiques.

2217. Dès que les symptômes dyspepsiques sont très prononcés (2085, 2086), si les accidents fébriles n'ont pas une extrême intensité, et surtout si les symptômes de phlegmasie gastro-intestinale ne se montrent pas, ou au moins ne sont pas très graves, l'on obtient toujours un avantage non équivoque de l'administration des évacuants des premières voies et surtout des émétiques. On peut voir par la monographie de Rœderer et Wagler toute l'utilité que ces praticiens retiraient de ce moyen perturbateur contre les maladies muqueuses épidémiques de Gœttingue (1917). Tissot dans l'épidémie de Lausanne, Finke dans celle du Tecklembourg, Malpighi dans une épidémie de fièvres dyspepsiques bilieuses observée à Pise en 1666, Stoll dans les fièvres gastriques de 1777 et de 1779, ont toujours obtenu les meilleurs effets de l'administration des émétiques. Si notre autorité était de quelque poids après celle de ces grands médecins, nous ajouterions qu'il n'est pas une observation de thérapeutique que l'expérience nous ait mis dans le cas de répéter plus souvent et avec des résultats plus constamment heureux. Depuis l'année 1839 (1926, 2066), nous avons presque tous les jours, surtout pendant l'été et l'automne, administré des éméto-cathartiques avec les plus heureux effets.

Mode d'action des éméto-cathartiques contre les fièvres assodes.

2218. Les éméto-cathartiques n'ont pas seulement pour effet, dans la curation des fièvres assodes, d'évacuer les saburrhes gastro-intestinales, ils sont aussi éminemment utiles par l'ébranlement instantané qu'ils provoquent dans tout l'organisme, pour produire rapidement la cessation ou au moins la diminution notable de la courbature, de la faiblesse générale et surtout des accidents nerveux qui se joignent comme épiphénomènes à ces maladies. La stimulation

vive que les organes des sécrétions éprouvent médiatement par l'influence que l'effet des émétiques exerce sur tout l'appareil vasculaire concourt puissamment à favoriser la terminaison heureuse de la maladie en déterminant la production des évacuations critiques par les différents émonctoires des reins et de la peau. La cessation rapide de fièvres assodes à symptômes initiaux souvent fort intenses, la terminaison précipitée de fièvres dyspepsiques dont la durée continue s'approchait déjà de la forme chronique, la disparition immédiate des phénomènes saburrhaux sous l'influence d'un seul émétique, ne nous laissent pas de doute que ces médicaments ne soient tout aussi utiles en modifiant la sécrétion viciée des cryptes et des glandes abdominales, et en la ramenant ainsi à son état normal, qu'en débarrassant le tube digestif des produits diacritiques altérés qui le surchargent.

Effets immédiats que produisent les éméto-cathartiques dans les symptômes des fièvres assodes.

2219. Dans un grand nombre de fièvres assodes, les accidents cessent ou au moins diminuent à un haut degré par le seul effet d'un émétique ou d'un éméto-cathartique; il suffit ensuite de laisser le malade sous l'influence d'une simple boisson délayante acidule et d'un régime diététique sévère pour obtenir la disparition des derniers accidents. L'état fébrile devient presque toujours moins grave et souvent nul après l'administration d'un émétique; il perd du moins, dans beaucoup de cas, sa marche continue pour ne plus se montrer que par paroxysmes quotidiens de plus en plus faibles, qui s'évanouissent en quelques jours; pendant ce temps-là, les douleurs contusives des membres et la céphalalgie cessent, la chaleur de la peau devient moins âcre et halitueuse, la soif disparaît, la langue s'humecte, l'appétence pour les aliments se rétablit. Cette amélioration coïncide presque toujours avec la manifestation d'urines rougeâtres, troubles, à sédiment briqueté, ou avec l'établissement de sueurs plus ou moins abondantes qui se reproduisent pendant plusieurs jours, principalement le matin (2121, 2122).

Le moindre avantage que l'on retire de l'administration des émétiques dans les fièvres assodes, consiste à diminuer l'intensité des effets immédiats de l'état saburrhal, qui ajoutent tant à la gravité de ces maladies. La prostration des forces, les douleurs céphalalgiques, les douleurs contusives des membres, l'anorexie; tous ces symptômes dyspepsiques disparaissent ou au moins s'atténuent par l'effet de ces moyens thérapeutiques, dans les cas même où l'état fébrile semble persister sans beaucoup de changement. On convertit ainsi en maladies courtes, bénignes, qu'il suffit ensuite de combattre par les simples boissons délayantes, des maladies pyrétiques à symptômes graves, qui tendent à la forme la plus intense des fièvres bilieuses ou muqueuses, rémittentes ou continues, et qui finissent quelquefois par se convertir en fièvres typhodes. L'omission de l'administration des émétiques dans les fièvres muqueuses de Naples de l'année 1764 faisait souvent perdre, au rapport de Sarcone, l'occasion d'arrêter le développement de fièvres assodes des plus graves, et de convertir en des maladies bénignes promptement terminées des affections qui s'annonçaient avec des symptômes très graves.

De l'effet de l'administration des éméto - cathartiques dans les fièvres dyspepsiques rémittentes.

2220. L'administration des émétiques dans les cas où la fièvre assode suit une marche rémittente, a ordinairement des résultats heureux plus assurés que dans les autres formes de ces maladies; mais, pour qu'elle puisse être faite sans inconvénient, il importe de tenir compte des changements paroxystiques qui se produisent. L'effet immédiat du vomitif pourrait entraîner des accidents sérieux, s'il coïncidait avec le frisson paroxystique, dans les cas assez fréquents où ce frisson est intense; il faut donc avoir soin de choisir, pour administrer ce médicament, les intervalles des paroxysmes. Stoll l'administrait au déclin de l'accès pendant la sueur [1]. Cette manière d'agir est d'autant plus rationnelle, que c'est surtout à ce moment que les symptômes

[1] Stoll, *Med. prat.*; trad. de Mahon. t. II, p. 196.

dyspepsiques sont à leur maximum, et qu'il arrive souvent qu'il s'établit des évacuations spontanées par le vomissement et par les selles, habituellement avantageuses aux malades.

De l'utilité des émétiques suivant les formes des accidents des fièvres dyspepsiques.

2221. Les symptômes saburrhaux gastriques proprement dits indiquent plus spécialement la prescription des émétiques; toutefois, les symptômes d'embarras gastro-intestinaux et même d'embarras intestinal, ne la contr'indiquent pas formellement. Quand les symptômes d'embarras intestinal existent, les émétiques doivent être préférés aux purgatifs et même aux éméto-cathartiques, si les phénomènes réactionnels sont intenses, ou seulement quand on peut redouter l'existence d'une phlogose de la muqueuse des gros intestins.

Les éméto-cathartiques et surtout les purgatifs exercent toujours une action irritante sur la muqueuse intestinale plus prononcée que celle des émétiques. Cette action irritante est une véritable contr'indication dont il faut tenir beaucoup de compte; c'est elle qui doit diriger surtout le médecin dans le choix des médicaments évacuants. Quand on veut obtenir un effet émétique seulement le tartre stibié doit être préféré aux autres médicaments émétiques; son action est plus rapide et plus limitée sur la partie supérieure du tube digestif que celle des autres émétiques, pourvu qu'on l'administre sans trop d'hésitation et à dose suffisante pour obtenir un prompt effet (2197); la dose de quinze à vingt centigrammes donnés en deux ou trois prises d'heure en heure dans une petite quantité de liquide aqueux est la plus convenable. Si l'on fait choix de l'ipécacuanha, il faut le donner aussi à dose élevée pour obtenir le vomissement avec rapidité et pour éviter son effet purgatif. La dose la plus habituelle est de un gramme cinq décigrammes à deux grammes de la poudre de l'écorce de la racine de ce médicament, administrée en trois prises d'heure en heure.

Des indications des évacuants dans les fièvres dyspepsiques aux différentes périodes de ces maladies.

2222. L'administration des émétiques est indiquée à toutes les périodes des fièvres assodes, quand les symptômes dyspepsiques sont prédominants et les phénomènes d'irritation gastro-intestinale modérés. Toutefois, les avantages que l'on en retire sont d'autant plus grands, que la maladie est plus rapprochée de son invasion, que les symptômes saburrhaux sont plus marqués et surtout que les prodromes dyspepsiques ont été plus prononcés.

L'omission des émétiques dans les cas où la fièvre dyspepsique se montre avec tous les symptômes de surcharge du tube digestif tourne presque toujours au détriment des malades. Dans l'épidémie du Tecklembourg, Finke ne perdit qu'un seul malade auquel il avait craint d'administrer l'émétique, malgré les indications précises qu'il observait, à cause d'une hernie dont il redoutait de provoquer l'étranglement[1]. Tissot observait que l'omission des vomitifs dans le commencement de la maladie bilieuse de Lausanne, où les symptômes dyspepsiques dominaient, exposait les malades à des diarrhées dangereuses qui survenaient à la fin de la maladie. Cette remarque avait déjà été faite en pareil cas par Sydenham.

Appréciation des contr'indications à l'administration des évacuants déduites de l'état du tube digestif.

2223. La prescription des évacuants ne peut être faite d'emblée et sans autre médication préalable, dans la période initiale des fièvres dyspepsiques, que lorsqu'il n'existe pas de phénomènes pyrétiques réactionnels très intenses ni de symptômes d'inflammation prononcée du tube digestif ou du foie. Dans les cas où ces derniers symptômes sont évidents, les émétiques sont contr'indiqués de prime abord, et les indications fournies par la phlogose gastro-intestinale ou hépatique sont urgentes (2241 et *sqq.*); on doit ajourner l'administration des émétiques jusqu'à ce qu'on ait diminué l'intensité de ces accidents inflammatoires. Si, en effet, l'on administre les évacuants à la première période des maladies assodes dans lesquelles les sym-

[1] *De feb. bilio. anom.*, p. 77.

ptômes inflammatoires et pyrétiques, ou au moins les phénomènes de turgescence gastro-intestinale sont très prononcés, on ne fait, que rendre ces accidents plus intenses, et l'on peut faire passer une fièvre modérée qui tendait à la rémission à l'état de fièvre ardente continue des plus grave [1]. Les anciens expliquaient la contr'indication des évacuants dans la période initiale des fièvres dypepsiques, en disant que les saburrhes étaient encore à l'état de crudité et qu'il fallait d'abord en préparer la coction (2234).

L'administration intempestive des émétiques et des éméto-cathartiques, en exaspérant les accidents qui dépendent de l'irritabilité exagérée et même de la phlogose gastro-intestinale, peut avoir de graves inconvénients ; cependant l'expérience clinique démontre qu'ils sont rarement aussi fâcheux qu'on pourrait le penser, nous avons plus souvent remarqué de bons effets inattendus de l'administration de ces moyens, dans des cas où elle semblait contr'indiquée, que nous l'avons vue produire d'accidents graves. Les accidents occasionnés par l'ingestion inopportune d'un émétique se bornent, dans la plupart des cas, à une augmentation passagère de la fièvre et à quelques douleurs gastralgiques ou tormineuses qui cessent au bout d'un jour ou deux, sous la seule influence de boissons délayantes. Quoi qu'il en soit, il ne faut jamais se déterminer qu'avec circonspection à l'emploi de ces médicaments actifs, et l'on doit, avant de les prescrire, bien apprécier le degré d'irritabilité insolite ou de phlogose que le tube digestif peut avoir acquis. Dans tous les cas où les symptômes saburrhaux ne sont pas très marqués, surtout lorsque les accidents fébriles sont intenses, il est toujours plus sage de s'en tenir à la médication expectante, on laisse ainsi aux

[1] » *Quicumque ea quæ inflammantur, statim in principio morborum medicamento solvere adgrediuntur, hi de intento quidem et inflammato nihil auferunt; nam non remittit affectio, quæ adhuc cruda est; quæ vero morbo resistunt, atque sana sunt, colliquefaciunt. Debili vero evadente corpore morbus invalescit.* » (Hipp. *De vict. rat. in acutis*, n° 36.)

indications de l'administration des émétiques déduites de la prééminence des symptômes saburrhaux le temps de se manifester d'une manière plus prononcée, ce qui ne manque guère d'arriver en deux ou trois jours.

Appréciation des contr'indications des évacuants déduites des conditions étrangères à l'état du tube digestif dans les fièvres assodes.

2224. Quant aux contr'indications à la prescription des émétiques déduites d'autres accidents que des phlegmasies qui auraient leur siège dans le tube intestinal, elles sont très rares, et lors même qu'elles paraissent exister, il ne faut pas exagérer leur importance; l'expérience clinique justifie pleinement les observations de Stoll à cet égard: « Lorsque, dit-il, la maladie principale exigeait l'émétique » il était difficile qu'aucun incident le contr'indiquât suffi» samment. Aucune période de la variole ou de la rou» geole, ni les règles, ni la grossesse, ni les suites de » couches, ni quoi que ce soit, ne m'ont empêché de traiter » les maladies bilieuses par les vomitifs lorsque leur né» cessité était reconnue. J'ai vu souvent avec étonnement » tous ces phénomènes coïncidents, la petite vérole, la » rougeole, les règles, etc., s'écarter beaucoup de leur » marche par l'impression de la fièvre d'été, devenir irré» guliers, graves, pleins de danger, et ne rentrer dans » leurs limites qu'autant qu'ils y étaient ramenés par la » méthode directe et efficace qui convenait à la fièvre épi» démique. J'éprouve chaque jour que le nombre des » contr'indications est beaucoup moindre que je ne le » croyais autrefois [1]. »

2225. L'administration des émétiques, pour la curation des fièvres dyspepsiques, n'est point contr'indiquée d'une manière absolue par l'âge des malades; nous y avons eu recours un grand nombre de fois pour de très jeunes enfants comme pour des adultes et des vieillards. Ces médicaments ont même quelquefois une utilité plus marquée encore dans les maladies dypsepsiques des enfants que pour celles des adultes. Les vieillards supportent, au moins en général, difficilement les vomitifs; ils sont plus fatigués par leurs

[1] *Med. prat.*, trad. de Mahon, p- II, p. 184.

effets immédiats que les adultes, à cause des secousses du vomissement que la faiblesse musculaire rend plus pénibles et qui sont souvent très violentes chez les sujets d'un âge avancé. On remédie facilement à ces inconvénients en donnant l'émétique dans une grande quantité de liquide et en faisant suivre son effet de l'administration d'un eccoprotique. Les avantages, démontrés par l'observation clinique, de l'administration des émétiques pour des sujets placés par leur âge aux limites opposées de la vie, ne doivent cependant pas faire perdre de vue la facilité avec laquelle le tube digestif devient chez eux le siège d'une véritable phlogose (2195, 2196) qui impose toujours aux médecins une plus grande circonspection pour prescrire les évacuants.

2226. Quelques auteurs, et Juncker en particulier, ont considéré l'état de grossesse comme une contr'indication à l'administration des émétiques. Nous n'admettons point cette contr'indication. Les fièvres assodes chez les femmes grosses se compliquent souvent de diarrhée dysentérique saburrhale que l'on ne fait facilement céder que par les émétiques. La persistance de cette diarrhée, surtout quand on la combat par les saignées dont les accoucheurs font un déplorable abus dans cette circonstance, est souvent suivie d'avortement. L'ipécacuanha rend dans ces cas les plus grands services et n'entraîne aucun accident.

2227. On n'admet plus aujourd'hui que l'existence d'une hernie contr'indique l'administration des émétiques (2222), on sait qu'il suffit que le malade maintienne sa hernie dans les efforts de vomissement pour prévenir les effets fâcheux qu'ils pourraient déterminer. Nous conseillons ordinairement aux malades affectés de cette infirmité de se coucher à plat ventre pour vomir; cette attitude diminue toujours les effets pénibles des secousses du vomissement, c'est pourquoi nous la recommandons aussi aux sujets irritables et surtout aux femmes qui redoutent l'ébranlement occasionné par l'action des émétiques.

De la recrudescence des accidents après l'effet des vomitifs et des précautions à adopter dans ce cas.

2228. Dans un grand nombre de cas, après qu'on a administré sans hésitation les émétiques ou les éméto-cathartiques contre les accidents d'une fièvre gastrique bilieuse ou pituiteuse, lors même que l'utilité immédiate de ces moyens a été très prononcée, la diminution des accidents reste imparfaite ou même s'évanouit dans les deux ou trois jours suivants; les symptômes de l'embarras gastro-intestinal persistent ou se reproduisent quelquefois avec un haut degré d'intensité; la fièvre continue ou reparaît avec force après avoir fléchi; la céphalalgie persiste et s'exaspère dans les paroxysmes; le malade a souvent une soif assez vive; la langue se sèche à son milieu; l'épigastre est le siége d'un certain degré de tension et de douleur à la pression, ou bien des douleurs tormineuses surviennent par intervalles vers les flancs et sous l'ombilic. Des praticiens peu expérimentés, qui ne savent pas que ces recrudescences des accidents surviennent tout aussi bien après qu'on a déterminé une amélioration temporaire par la simple médication expectante et surtout par la médication antiphlogistique, qu'après l'administration des émétiques, se laissent aisément aller à les attribuer à une irritation inflammatoire gastro-intestinale provoquée par ces médicaments.

Quand la maladie est à cet état de recrudescence, l'administration des évacuants, et surtout des évacuants actifs, pourrait avoir l'inconvénient d'irriter le tube digestif; d'un autre côté, l'irritation gastro-intestinale et même la phlegmasie du tube digestif, quoique évidentes, ne sont pas portées au point de motiver l'emploi des antiphlogistiques actifs, qui ne feraient qu'ajouter à la prostration des forces et que rendre les accidents de l'état saburrhal plus graves. Il convient alors de s'en tenir à l'administration des boissons délayantes et à prescrire un régime diététique sévère. Il est rare que quelques jours de ces moyens n'amènent pas une amélioration de l'état morbide et quel-

quefois la disparition de tous les symptômes dyspepsiques; si cependant cet heureux résultat n'est pas obtenu, si les symptômes saburrhaux persistent, l'indication des émétiques se reproduit. Dans le plus grand nombre des cas, cette nouvelle indication se retrouve même dès le lendemain ou le surlendemain de l'administration du premier évacuant. La nécessité de revenir aux mêmes moyens est alors plus évidente; d'autant plus que l'effet utile, au moins passager d'un premier évacuant, fournit une indication subsidiaire d'une grande valeur.

Il n'est pas rare de rencontrer en pratique des fièvres dyspepsiques que l'on ne peut amener à une marche décroissante bien déterminée que par la prescription des émétiques ainsi réitérée trois ou quatre fois, à deux ou trois jours d'intervalle, nonobstant les recrudescences qui se sont reproduites le lendemain ou le surlendemain de l'administration de chacun des premiers évacuants. Van-Swieten regardait même comme presque toujours indispensable de réitérer les vomitifs pour déterminer la cessation des maladies dyspepsiques [1]. Dans l'épidémie de Lausanne, Tissot n'obtenait d'effet décisif qu'en revenant trois ou quatre fois à l'administration de ce moyen [2].

Limites à apporter à l'administration des évacuants des premières voies pour la curation des fièvres assodes.

2229. Malgré l'utilité bien constatée de la réitération des émétiques dans le traitement d'un grand nombre de fièvres dyspepsiques, il ne faut procéder qu'avec mesure; il faut s'arrêter à temps dans l'administration de ces agents thérapeutiques; on doit se garder d'insister jusqu'à ce que la langue ne soit plus saburrhale, jusqu'à ce que la saveur de la bouche ne soit plus amère et que l'estomac ne soit plus douloureux. Stoll, en signalant tout le danger d'une insistance portée trop loin dans l'administration des évacuants émétiques, fait remarquer avec raison que les derniers symptômes dyspepsiques persistent souvent après

[1] *Comment.* in Boerhaavii aph., 644.

[2] *Feb. bili.* Lausann., p. 25.

l'usage des évacuants émétiques, et sont même entretenus à un certain degré par l'action que l'effet immédiat du vomitif a exercée sur les organes sécréteurs abdominaux[1]. Après qu'on a provoqué les évacuations des premières voies, indiquées par la prééminence des symptômes saburrhaux, il suffit le plus souvent de deux ou trois jours de l'usage des moyens délayants de la médication expectante pour faire cesser les derniers accidents dyspepsiques et les phénomènes fébriles. « Dès qu'on a débarrassé les pre-
« mières voies, dit Pinel, on doit en général se borner à
» la médecine expectante, en règlant seulement le régime
» du malade et ses rapports avec les objets extérieurs[2]. »
Ce précepte thérapeutique est de la plus grande importance (2236). En insistant outre mesure sur la médication active et surtout sur l'administration des évacuants, on peut déterminer des accidents, soit par l'effet immédiat des agents thérapeutiques, soit en troublant les actes organiques qui se succèdent régulièrement au déclin des fièvres assodes, et par lesquels se rétablit l'équilibre des fonctions (1886 *et sqq.*). Hippocrate a établi cette règle importante de thérapeutique des maladies fébriles, et surtout des fièvres assodes, en disant que dès que la maladie est arrivée à sa période judicative, il faut la laisser suivre sa marche décroissante sans la troubler par aucun médicament ni par aucune cause d'irritation[3]. Le soin d'observer cette règle capitale indique seul un médecin expérimenté et habitué à diriger méthodiquement la curation des maladies.

2230. Parmi les contr'indications des émétiques, et plus encore des purgatifs, il n'en est pas de plus puissante que celle qui résulte d'une grande prostration des forces pro-

Contr'indication dirimante à l'administration des évacuants, déduite de l'état des forces, justifiée par une observation clinique.

[1] *Med prat.*, trad. de Mahon, t. II, p. 183.

[2] *Nosog. philos.*, 5e édit., t. I, p. 83.

[3] « *Quæ judicationem faciunt, aut perfecte judicata sunt, neque ullo modo* » *innovare sive medicamentis, sive aliis irritamentis; sed sistere oportet.* » (*De humoribus,* p. 58 et aph. 20, sect. 21.)

voquée soit par l'intensité de la maladie, soit par une médication évacuante et surtout par une médication antiphlogistique portées trop loin. Nous avons fait la triste expérience de la valeur de cette contr'indication dans plusieurs cas, dont un surtout a été tellement prononcé que nous regardons comme un devoir de conscience de le rapporter ici.

Un ouvrier tanneur, âgé de quarante-neuf ans, fut amené à l'hôpital Cochin au mois de septembre 1834, dans l'état suivant. Il entrait dans le dixième jour de sa maladie; il était dans un état de prostration de forces marqué par une dépressibilité extrême du pouls qui était fréquent et donnait 120 pulsations par minute; la peau était sèche et chaude au toucher; la face et les conjonctives surtout étaient faiblement ictériques; la langue était saburrhale au plus haut degré; l'anorexie était complète et portait même sur les boissons; l'anxiété était très vive, et cet homme se plaignait d'une grande courbature avec des douleurs arthritiques aussi vives que des douleurs rhumatismales; il n'y avait cependant aucune tuméfaction ni aucune douleur à la pression aux articulations des genoux où la douleur spontanée était des plus vive; les selles étaient liquides et au nombre de deux ou trois par jour; le ventre était mou et indolent; la fièvre redoublait par des frissons peu marqués qui revenaient plusieurs fois par jour sans régularité; des furoncles s'étaient reproduits plusieurs fois et en grand nombre depuis cinq à six semaines; il en existait même huit ou dix sur les membres abdominaux et deux à la face : ces furoncles étaient peu volumineux. Les symptômes dyspepsiques étaient très évidents et nous semblaient indiquer l'administration des évacuants; nous crûmes que ce moyen pourrait relever les forces; nous prescrivîmes un éméto-cathartique composé de 10 centigrammes de tartre stibié, et 8 grammes de sulfate de soude dans un demi-litre de bouillon aux herbes, à prendre

en trois prises d'heure en heure. L'effet immédiat de ce moyen fut de déterminer cinq vomissements bilieux assez abondants et deux selles liquides. Le lendemain nous trouvâmes ce malade dans l'état de faiblesse le plus grand; le pouls se sentait à peine, le facies était décomposé, l'ictère persistait; la langue était blafarde mais encore saburrhale; la soif était nulle, le ventre indolent, les extrémités froides et mêmes visqueuses au toucher; le ventre était affaissé vers la colonne vertébrale, mais indolent; les urines étaient supprimées. Nous prescrivîmes des vésicatoires aux cuisses et des sinapismes sur les extrémités, et nous conseillâmes l'administration d'une potion éthérée. La mort arriva dans la soirée. A l'ouverture du cadavre, nous ne trouvâmes que deux ou trois marbrures rouges dans le duodénum et le jéjunum; toutes les cryptes disséminées de l'iléon étaient développées et pâles, ressemblant exactement à des grains de millet dont la muqueuse serait parsemée; une couche de mucus jaunâtre, d'une viscosité modérée, tapissait toute la muqueuse des intestins. Une petite quantité de matière liquide, colorée par la bile, se trouvait dans les intestins grêles; il n'y avait aucune apparence de lésion ni dans le foie, ni dans la rate, ni dans les ganglions mésentériques : les viscères thoraciques et encéphaliques étaient parfaitement sains.

Nous avons la conviction que l'éméto-cathartique a été nuisible à cet homme, et a contribué à la terminaison funeste de sa maladie. Nous n'aurions pas commis cette erreur grave si nous avions été mieux pénétré des observations de Stoll, exposées dans le passage suivant et justifiées par un fait clinique.

« J'ai souvent vu, dit ce grand praticien, le pouls » petit, disparaissant quelquefois sous le doigt, et fré- » quent. Alors il fallait rechercher laquelle des deux » causes capables de produire cet état du pouls avait lieu: » quelquefois il provenait d'une véritable perte des forces,

» occasionnée par des saignées abondantes et répétées, » ou par un flux de ventre symptômatique et considé» rable : dans ce cas, quand même il aurait existé une » saburrhe putride des premières voies, les malades n'eus» sent pu en supporter l'évacuation. Une jeune fille qui, » avant d'entrer à l'hôpital, avait été réduite à l'extrémité » par des saignées, prit un vomitif doux qui lui fit rejeter » beaucoup de bile épaisse; cependant, bientôt après ses » extrémités devinrent froides comme du marbre, le pouls » cessa de se faire sentir, et la mort qui, si on ne l'eût pas » fait vomir, aurait peut-être eu lieu dans quelques jours » seulement, survint en quelques heures[1]. »

Stoll conseille dans ces cas de relever d'abord les forces avec des toniques, comme la décoction de quinquina, le vin, l'infusion de racine d'arnica. Il a vu des malades qui, après avoir été relevés de leur extrême faiblesse, ont retiré sur la fin un grand avantage d'un doux vomitif qui, administré plus tôt, les aurait certainement tués. Il nous serait facile de mettre en évidence par des faits tous les avantages de cette manière d'agir, que nous avons le regret de n'avoir pas adoptée pour le malade sur lequel nous avons rapporté l'observation précédente.

Indication spéciale de la prescription des purgatifs.

2231. L'indication d'administrer des purgatifs dans les fièvres assodes ne se déduit pas uniquement de la présence de la surcharge des organes digestifs par les produits de l'altération de sécrétion des cryptes mucipares et des glandes annexes de l'appareil digestif; elle se tire surtout du siège plus spécial de la surcharge des premières voies dans les gros intestins et de l'aptitude aux évacuations faciles des saburrhes par les voies alvines qui se manifeste ordinairement à une certaine période des fièvres dyspepsiques. L'action de ces médicaments peut augmenter la diacrise gastro-intestinale et exaspérer l'irritation et plus encore la phlogose du tube digestif; ses effets sur l'irritabilité de la mu-

[1] Stoll, *Med. prat.*; trad. de Mahon, t. II, p. 187.

queuse gastro-intestinale sont toujours plus prononcés que ceux des émétiques dont l'action s'exerce plus sur la tunique contractile de l'appareil digestif que sur la membrane muqueuse qui subit toute l'influence topique des agents purgatifs ; aussi n'est-il pas rare de voir des cas de fièvres dyspepsiques dans lesquels l'effet immédiatement utile des émétiques s'obtient lors même que la maladie a été exaspérée par l'administration d'un purgatif même léger [1]. Cette plus grande difficulté pour le tube digestif à supporter l'action immédiate des purgatifs est le motif rationnel de la réserve que tous les bons praticiens ont toujours le soin d'apporter dans l'administration de ces médicaments dans toutes les affections dyspepsiques et surtout dans les fièvres assodes où la turgescence diacritique des organes sécréteurs est toujours d'une grande importance et se trouve habituellement portée jusqu'à un état voisin de l'inflammation, au moins dans une certaine étendue du canal alimentaire. Ce n'est que lorsque l'on reconnait, par la substitution des symptômes de l'embarras intestinal à ceux de l'embarras gastrique (1712), et par la diminution des accidents réactionnels, que ces inconvénients de l'effet immédiat des agents thérapeutiques purgatifs sur le tube digestif ne peuvent plus se produire qu'on peut les administrer; à ce moment d'opportunité l'on en tire le plus grand avantage, et ils constituent les moyens perturbateurs les plus utiles pour la curation des fièvres assodes.

Inconvénients de l'emploi des purgatifs dans les cas d'embarras gastrique fébrile qui exigent les émétiques.

2232. Nous ne pouvons trop nous élever contre une pratique adoptée par un grand nombre de jeunes médecins dans le traitement des fièvres assodes ; cette pratique, souvent nuisible, consiste à recourir à l'administration des purgatifs dès la première période de ces maladies, quand les symptômes d'embarras gastrique sont très prononcés. Ces médicaments ne remplacent jamais les vomitifs, et exercent une action topique le plus ordinairement nuisible

[1] Stoll, *Med. prat.* ; trad. de Mahon, t. II, p. 296.

à cette période de vive irritation du tube digestif, sur la membrane muqueuse gastro-intestinale. Le plus souvent ils n'ont d'autre effet que de rendre les symptômes dyspepsiques plus intenses; quand ils ne produisent pas une véritable phlogose secondaire des premières voies ou au moins une diarrhée quelquefois incurable. Fernel avait déjà signalé cette mauvaise manière de procéder et ses fâcheux résultats dans le traitement des maladies où les vomitifs sont indiqués, en faisant ressortir ce fait qu'on n'obtient jamais par les purgatifs cet ébranlement si utile sur tous les organes sécréteurs annexes du tube digestif, qui rétablit leurs sécrétions tout en débarrassant les voies gastro-intestinales des produits viciés qui les invisquent [1] (2218). Tissot a vu souvent un seul émétique faire cesser les accidents qui avaient résisté à plusieurs purgatifs; il cite une femme qui avait été purgée cinq fois sans utilité, qui fut immédiatement guérie par un seul émétique [2]. Nous pourrions citer plusieurs observations semblables.

Des changements qui se produisent dans la marche des accidents des fièvres dyspepsiques qui exigent l'administration des purgatifs.

2233. Lorsque les accidents des fièvres assodes ont dépassé leur plus haut degré d'intensité, à mesure que les symptômes pyrétiques s'atténuent, que l'on se soit tenu dans les limites de la médication expectante, ou que l'on ait eu recours à la médication évacuante par les vomitifs, ou même qu'on ait été forcé de recourir à des moyens antiphlogistiques comme il faut le faire dans certains cas, l'observation clinique fait reconnaître ordinairement une modification importante dans la forme des accidents

[1] *Facilis et moderata vomitio saluberrima est, et purgationum omnium præstantissima, noxios quippe humores ex ipsis fontibus sinceros elicit et vacuat, omnem quæ in ventriculi capacitate in ejusve tunicis hæret illuviem imprimis expurgat; è præcordiorum membranis, è cavis jecoris ac lienis et ex pancreate, omnis generis supervacuos humores sinceros elicit, quos plerumque nec hiera, nec aliud vehementissimum ullum etiam frequens pharmacum in alvum exturbare potest.* (Fernel, *de morb. eorumque causis*, lib. III, cap. III, ope. omn., p. 210.)

[2] *De feb. bili.* Lausann., p. 30.

morbides : la peau perd sa vive chaleur et devient halitueuse, la soif n'est plus aussi vive et souvent même s'apaise tout à fait, la fréquence du pouls ne se reproduit plus que par paroxysmes et est toujours modérée, le ventre n'est plus tendu quoique souvent développé, la céphalalgie est devenue obtuse et quelquefois ne se montre plus qu'avec les paroxysmes fébriles. Dans cet état, où l'acuité et l'intensité des accidents aigus sont manifestement en voie de décroissement, les symptômes saburrhaux persistent; ainsi la langue humide et large est couverte d'un enduit jaunâtre ou blanchâtre, l'anorexie continue, il y a des éructations amarescentes ou acides, les forces restent brisées, les ailes du nez, le pourtour de la bouche et quelquefois les conjonctives présentent une teinte ictérique ou blafarde plus ou moins prononcée, les urines sont souvent troubles et déposent un sédiment grisâtre ou briqueté, etc. Cet ensemble de phénomènes morbides constitue ce que les anciens appelaient période ou état de coction des fièvres bilieuses ou pituiteuses (2223). Dans cet état, par la marche naturelle de la maladie, les évacuations alvines saburrhales sont imminentes et se manifestent souvent d'une manière spontanée au grand avantage des malades (2118); tous les symptômes d'irritation gastro-intestinale se sont successivement affaiblis; les accidents saburrhaux persistent seuls avec la forme prédominante de l'embarras intestinal, souvent caractérisé d'un manière tranchée par des douleurs tormineuses plus ou moins vives et des selles bilieuses avec ténesme plus ou moins abondantes. Quand la maladie est arrivée à cet état, l'indication de provoquer des évacuations alvines est urgente et fournit le moyen de déterminer rapidement la cessation des accidents; il faut alors débarrasser le tube digestif des matières saburrhales qui s'y sont accumulées et ramener les cryptes mucipares à leur état fonctionnel normal. En méconnaissant cette indication, on s'expose à laisser les malades sous l'influence

de la dyspepsie nidoreuse chronique, dont la prolongation les jette dans un état de cachexie saburrhale qui devient quelquefois très grave chez des sujets âgés ou épuisés par des maladies antérieures, ou même seulement par les accidents aigus actuellement terminés de la fièvre assode.

Limites qu'il convient d'apporter à l'emploi des purgatifs dans les fièvres dyspepsiques lorsqu'il est indiqué.

2234. Tous les maîtres de l'art s'accordent à reconnaître la nécessité d'administrer des purgatifs à cette période de coction des fièvres assodes, dont le caractère principal est la rémission des accidents fébriles et la persistance des symptômes dyspepsiques qui se rapprochent de plus en plus de la forme des accidents de l'embarras intestinal. Hippocrate a précisé nettement l'opportunité de cette médication; il la considérait comme nuisible avant la période de coction; il recommandait de ne jamais administrer des purgatifs dans les fièvres assodes avant la rémission des accidents pyrétiques, dont il fixait le moment au plus tôt au quatrième jour de la maladie [1]. Baglivi, parlant du traitement des fièvres dyspepsiques pituiteuses, qu'il qualifie de fièvres mésentériques, dit qu'aussitôt qu'il remarquait la plus légère rémission et la plus faible atténuation des accidents, il en venait immédiatement à l'administration des purgatifs, même sans tenir compte des jours critiques [2]. Finke justifiait l'utilité des purgatifs, dès que la période de coction était arrivée, par les résultats de son expérience dans la curation de la maladie bilieuse épidémique du Tecklembourg. Il fallait, disait-il, continuer à administrer les résolutifs, les tempérants et les délayants, jusqu'à ce que les laxatifs fussent indiqués; ils ne l'étaient pas seulement par les signes de la coction, ils l'étaient surtout par l'état de la langue (humide et saburrhale) et des urines (plus ou moins troubles). Dès que la maladie

[1] *Quicumque a febribus fortibus corripiuntur, his medicamenta purgatoria dare non oportet, donec remiserit febris; sin minus saltem non intra quatuor dies. De med. purgat.* Edent. Cornaro, n° 4.

[2] *Prax med.*, lib. I, p. 24. Venetiis, 1761, in-4°.

était parvenue à cette période, il répétait les purgatifs sans les compter. Dans quelques cas Finke a été obligé de réitérer ces médicaments jusqu'à dix fois. Il rappelle que, dans l'épidémie de Lausanne, Tissot n'a point été obligé de revenir plus de quatre fois aux mêmes moyens [1].

2235. Tous les grands praticiens qui ont le plus insisté sur l'utilité des purgatifs pour la curation des fièvres assodes; Boerhaave, Brendelli, Stoll, Tissot, Finke, etc., ont recommandé de régler l'emploi de ces moyens sur les indications qui résultent de l'affaiblissement des accidents fébriles et de la présence des symptômes de coction qui se réduisent à la manifestation de plus en plus évidente des phénomènes de l'embarras intestinal. Aucun d'eux n'a admis la règle absolue de Sennert, qui prescrivait de purger dans toutes les fièvres pituiteuses et bilieuses à toutes leurs époques, au moins tous les deux jours, *saltem alternis diebus*. Ils auraient encore bien moins adopté le conseil d'Hamilton de purger tous les jours et d'une manière continue.

Précautions exigées pour l'administration des purgatifs contre les fièvres assodes.

2236. Pendant toute la durée de la maladie, la considération de l'état de turgescence diacritique des organes sécréteurs abdominaux, toujours voisin de la phlogose, constant dans les fièvres assodes et souvent porté jusqu'à l'état d'inflammation sur des points plus ou moins multipliés ou étendus du tube digestif, doit toujours préoccuper le praticien et lui inspirer une grande réserve dans la prescription des purgatifs. Lors même que les symptômes d'irritation gastro-intestinale ou gastro-hépatique ont été atténués et que l'administration des purgatifs paraît le mieux indiquée pour remédier aux accidents de l'embarras gastro-intestinal, devenus dominants au point de paraître constituer à eux seuls toute la maladie, l'action topique irritante que produisent constamment les cathartiques doit être tempérée par l'administration simultanée de boissons délayantes

[1] *De morb. bilio. anom.*, etc. p. 71.

et antiphlogistiques. Riedel a bien établi les règles à suivre sur ce point de pratique, dans sa dissertation si remarquable *De febribus intestinalibus*, en conseillant de ne jamais manquer de faire précéder, accompagner et suivre l'administration des remèdes laxatifs et purgatifs de la prescription des moyens tempérants qui sont propres à prévenir et à modérer les accidents inflammatoires [1] (2229). Dans l'épidémie de Gœttingue, Rœderer et Wagler administraient souvent les laxatifs unis aux opiacés, afin de modérer à la fois par l'action de l'opium l'action purgative du médicament et son effet irritant sur le tube digestif. Pour nous conformer à ces préceptes, nous avons toujours soin de n'en venir à l'administration des purgatifs qu'après que les indications sont bien constatées, et que si l'état du tube digestif éloigne toute crainte pour une phlegmasie gastro-intestinale. Nous faisons toujours choix, au moins de prime abord, de médicaments cathartiques d'une faible activité, tels que la décoction légère de casse, de tamarin, ou la dissolution étendue de sulfate de soude ou de magnésie à petites doses, de manière à provoquer seulement trois ou quatre selles liquides dans la journée. Nous faisons administrer en même temps des boissons délayantes, et nous mettons presque toujours deux ou trois jours d'intervalle entre la réitération des cathartiques. En procédant de cette manière, nous nous réservons les moyens d'ajouter aux indications qui résultent de la nature des accidents morbides celles qui proviennent à *juvantibus et lædentibus*.

2237. Tout en conseillant la réserve que nous venons d'exprimer pour l'administration des évacuants des premières voies, dans la curation des fièvres assodes, nous nous ne regardons pas moins comme une faute grave d'insister trop longtemps et avec trop d'opiniâtreté sur

[1] Chris. Riedel, *de feb. intesti. Dissert. Erfordiæ*, 1748, in collect. Baldingeri, t. I, opus. III, p. 42.

l'administration des délayants après que les phénomènes de la maladie sont réduits aux symptômes dominants de la surcharge des premières voies. C'est chercher inutilement à modifier des produits diacritiques qui invisquent et surchargent l'appareil digestif et qu'il est indiqué d'expulser. Baglivi a signalé en termes énergiques toute l'inconséquence de cette médication [1].

2238. La prescription des purgatifs contre les fièvres assodes est toujours contr'indiquée, quelle que soit l'intensité des symptômes d'embarras intestinal, quand les malades sont affectés d'une diarrhée abondante qui épuise leurs forces; les médicaments cathartiques, même les plus faibles, sont toujours alors très nuisibles [2]. Ils augmentent cette diarrhée et précipitent les progrès de la prostration des forces. Dans ces cas là, si les symptômes dyspepsiques sont très prononcés, pourvu cependant que l'adynamie ne soit pas encore excessive (2230), l'administration d'un émétique, et surtout d'un émétique végétal, comme l'ipécacuanha, peut arrêter la diarrhée, et faire cesser les accidents dyspepsiques et la dépression à chaque instant plus grande des forces.

Des cas où, nonobstant la prééminence des symptômes de l'embarras intestinal, il faut préférer les laxatifs aux purgatifs.

2239. Quand on a amené par l'administration rationnelle des évacuants les fièvres assodes à un degré de décroissement prononcé, on observe quelquefois une modification dans les accidents qui indique un choix particulier de moyens thérapeutiques. La fièvre a cessé, ou au moins ne se montre plus que par paroxysmes fugaces à peine marqués, mais l'anorexie persiste, la langue est encore saburrhale, les ailes du nez et le pourtour de la bouche restent légèrement ictériques, le ventre est légèrement tendu et comme bouffi, indolent à la pression; il survient par intervalles, ir-

Indications de l'administration des amers après les effets utiles des évacuants.

[1] *Quantum exardeo, cum video medicos ad corrigendam et dulcificandam solum materiam occupatos; sed de humore peccante foris eliminando non cogitare.* (*De feb. mesent.*)

[2] Stoll. *Med. prat.*, trad. de Mahon, t. II, p. 194.

régulièrement, mais le plus souvent quelques heures après qu'on a administré une petite quantité d'aliments légers, des évacuations alvines muqueuses ou mucoso-stercorales liquides; les urines restent sédimenteuses ou deviennent rouges et très acres; le sommeil est léger, nul, ou troublé par des rêves; les forces ne se rétablissent pas. On ne peut douter, d'après ces symptômes, qu'il ne reste un état saburrhal gastro-intestinal ou simplement intestinal. On a suffisamment insisté sur l'administration des cathartiques et l'on a continué l'usage des boissons délayantes. Dans cet état de la maladie, la forme chronique est imminente : il faut agir de manière à ramener les sécrétions mucipares et hépatique à leur condition normale; on n'y parvient que par des moyens qui agissent sur ces organes, en les stimulant à un certain degré. Nous avons l'habitude de prescrire des boissons toniques et excitantes d'une faible activité, comme une légère infusion préparée à froid de quinquina ou de quassia amara, de la limonade vineuse ou une infusion de fleurs de camomille; nous obtenons fréquemment, par le seul effet de ces moyens, continués pendant quelques jours, la disparition des derniers accidents de la maladie. Nous agissons ainsi à l'exemple de Stoll, qui considérait ces derniers accidents comme le résultat d'une atonie des voies gastriques qu'il raffermissait par l'administration des amers et surtout par le quinquina [1].

Indications de revenir à la prescription des évacuants, même après qu'on a administré les émétiques et les cathartiques, et qu'on leur a fait succéder les boissons amères et stimulantes.

2240. Lorsque nous n'obtenons pas un résultat aussi prononcé, nous revenons à l'administration des purgatifs, que nous faisons alors participer de l'action tonique des boissons qui viennent d'être indiquées : telle est l'infusion de feuilles de séné, l'infusion de rhubarbe, de jalap ou de turbith. Nous revenons aussi souvent à la prescription d'un émétique, et particulièrement de l'ipécacuanha donné en infusion. Nous imitons encore en cela la conduite de Stoll, qui exprime ainsi sur ce point les résultats de son expérience cli-

[1] *Med. prat.*, trad. de Mahon, t. II, p. 183.

nique : « Assez souvent j'ai suspendu avec fruit les forti- » fiants pour donner un vomitif doux, principalement » lorsque le malade avait commis des erreurs de régime, » ou si le caractère de la maladie était tel que de temps en » temps la matière morbifique se portât des autres parties » du corps sur l'estomac et les intestins[1]. » En mettant de côté l'explication hypothétique du praticien de Vienne, on voit qu'il conseillait de revenir à l'émétique quand les symptômes dyspepsiques se reproduisent pendant l'usage du régime légèrement tonique par lequel on favorise la terminaison de la maladie après l'effet utile des évacuants des premières voies. Cette médication produisait les plus heureux effets dans la dernière période de la fièvre muqueuse épidémique de Gœttingue; nous y avons eu très fréquemment recours pour achever la curation des fièvres assodes que nous avons vues régner épidémiquement en 1839 (1926), et qui se sont reproduites encore en très grand nombre dans le printemps et surtout dans l'été de 1840 (2059) et de cette année 1841. Dans la plupart des cas, cette médication fait disparaître en peu de jours les derniers accidents de la maladie; on voit s'évanouir sous son influence l'état fuligineux de la langue, l'anorexie, l'état de faiblesse et de langueur que les malades éprouvent, les fonctions digestives se rétablissent, les malades demandent des aliments et les supportent bien. De tous les symptômes, celui qui persiste le dernier est l'état saburrhal de la langue; l'on ne peut considérer le rétablissement comme complet que lorsqu'il a tout à fait disparu. Nous n'avons jamais observé de fâcheux effets de cette manière d'agir, et dans la plupart des cas elle fait cesser les derniers accidents morbides et détermine l'établissement de la convalescence avec tant de rapidité qu'on ne peut douter de son action efficace pour opérer la terminaison de la diacrise encore persistante des organes sécréteurs abdominaux; chez les vieillards ou

[1] *Med. prat.*, trad. de Mahon, t. II, p. 314.

chez les sujets d'une constitution détériorée, il est le plus souvent indispensable d'unir ou d'alterner ainsi les boissons toniques et évacuantes pour faire cesser les derniers accidents des fièvres dyspepsiques.

2° *Des moyens thérapeutiques qui se rapportent aux indications qui se déduisent de l'irritabilité exagérée ou même de l'inflammation de la muqueuse ou des organes sécréteurs gastro-intestinaux, pour la curation des fièvres dyspepsiques ou assodes.*

Expression générale des indications thérapeutiques fournies par la turgescence diacritique et l'inflammation gastro-intestinale dans les fièvres dyspepsiques.

2241. Les symptômes qui montrent que la membrane muqueuse gastro-intestinale et les cryptes mucipares qui entrent dans sa structure, et même les organes sécréteurs annexes du tube digestif, sont dans un état de turgescence sécrétoire excessif porté jusqu'à la sub-inflammation ou même jusqu'à l'inflammation (1848, 2092 *et sqq.*), contr'indiquent tous les moyens thérapeutiques évacuants qui peuvent irriter le tube digestif. La seule médication convenable dans ces cas est celle qui peut remédier à cet état de la muqueuse gastro-intestinale ou des organes sécréteurs abdominaux plus ou moins voisins de l'inflammation qui entretient l'intensité des accidents fébriles. C'est la médication antiphlogistique, qui comprend le régime atténuant, l'administration des boissons délayantes et des topiques émollients, et enfin la pratique des émissions sanguines par laquelle on modère les progrès, on affaiblit l'intensité, et l'on favorise la terminaison des inflammations aiguës et des accidents pyrétiques qui se rattachent à leur présence. Les anciens exprimaient la nécessité de cette médication délayante et même antiphlogistique, en disant qu'il faut différer la prescription des évacuants, dans les fièvres assodes, jusqu'à ce que l'on ait obtenu par les moyens délayants, et même par les émissions sanguines, la détente de l'état d'irritation générale, la fin de l'état d'orgasme des voies digestives et la *mobilité* des saburrhes gastro-intestinales [1] (2222, 2223). Ce principe rationnel a toujours

[1] *Relaxato corpore per sanguinis missionem, quod ex morbificis humo-*

dirigé la conduite des bons praticiens dans la curation des fièvres assodes graves.

L'observation clinique démontre tous les avantages de cette manière d'agir, par les changements qu'elle fait reconnaître dans la marche de la maladie, lorsqu'on y a recours avec la mesure convenable. On voit en effet dans les fièvres assodes graves que lorsque la sécheresse de la langue, la rougeur de la membrane muqueuse buccale, la vivacité de la soif, l'intensité de la fièvre, l'aridité de la peau et l'ardeur dont elle est le siège, les douleurs et la tension abdominales, lorsque, en un mot, tous les symptômes de turgescence et d'irritation inflammatoires viennent à diminuer par la médication appropriée à la nature de leur cause immédiate, le ventre s'ouvre, des évacuations alvines muqueuses ou bilieuses s'établissent, la chaleur de la peau, jusqu'alors sèche et mordicante, devient halitueuse et douce; l'agitation se calme, la prostration des forces diminue, le malade éprouve un état général de bien-être. C'est ce changement que les anciens voulaient qu'on obtînt par les moyens adoucissants et antiphlogistiques avant d'en venir à administrer les évacuants.

2242. Nous adoptons entièrement tous les préceptes de la médecine ancienne sur ce point de thérapeutique des fièvres assodes graves; ils sont la conséquence incontestable des conditions pathologiques qui existent constamment dans ces cas dans le tube digestif; l'expérience clinique de tous les bons praticiens les a sanctionnés. Toutefois nous ne devons pas omettre de dire que le nombre des fièvres assodes dans lesquelles la médication antiphlogistique est ainsi impérieusement indiquée, est le moins considérable. Dans la plupart des cas les accidents d'irritation du tube digestif disparaissent par la seule administration des délayants, il y a même des épidémies tout entières dans

*ribus vitiosum superfluit per alvum id evacuari jubet.* (Galenus. *Comment. in Hipp. Lib. de ratio. vict. in acutis*, § XXIX.)

lesquelles la phlogose du tube digestif est habituellement si peu prononcée que les émissions sanguines sont à la fois inutiles pour la faire cesser, et réellement dangereuses à cause de la prépondérance des accidents dyspepsiques proprement dits. Telle était l'épidémie du Tecklembourg; dans laquelle Finke observait que pour un cas où la saignée avait été utile, il en observait dix où elle avait été nuisible quoiqu'il l'ait vu pratiquer très souvent par des chirurgiens [1].

Indications des émissions sanguines au début des fièvres dyspepsiques.

2243. Stoll considérait la saignée comme souvent utile au début des fièvres assodes, surtout lorsque les malades étaient d'une constitution robuste, et quand la maladie se montrait dans les saisons qui commencent à devenir froides; il posait même en principe que les malades chez lesquels les symptômes dyspepsiques étaient très prononcés supportent sans danger les émissions sanguines dans les saisons froides, avant qu'on en vienne à l'administration des évacuants; il recommandait néanmoins de ne pratiquer les saignées, dans ces cas, qu'avec réserve, sauf à les réitérer quand les malades s'en trouvent bien; il ajoutait cette remarque, sur laquelle on ne peut trop insister, en présence des doctrines thérapeutiques déplorables professées de notre temps : « C'est une opinion funeste que de croire » qu'on a des moyens de réparer la perte de sang quand » on l'a versé avec trop de profusion [2] ».

Heister, dont les observations cliniques méritent tant de confiance, ne considérait les émissions sanguines comme absolument indispensables, dans les maladies qui nous occupent, qu'au début de la maladie et chez les sujets pléthoriques pour prévenir les inflammations imminentes; après le troisième ou le quatrième jour de la maladie, la saignée lui paraissait plus souvent nuisible qu'utile [3]. Ce

[1] *De feb. bili. anom.*, p. 79.

[2] *Med. prat.*, trad. de Mahon, t. II, p. 307.

[3] *Compend. med. pract.*, cap. V. § XXIV.

précepte thérapeutique est peut être trop absolu; il est certain qu'on rencontre assez souvent des cas où il faut s'en écarter; mais il n'en consacre pas moins le principe fondamental pour la pratique des émissions sanguines dans les fièvres dyspepsiques qu'il ne faut jamais méconnaître, à savoir que les émissions sanguines ne conviennent que pour modérer ou prévenir les inflammations internes si fréquentes et si graves dans les maladies, ou pour satisfaire aux indications que fournit l'état général de pléthore et la constitution robuste des sujets.

Effets fâcheux des émissions sanguines pratiquées sans indications suffisantes.

2244. Hors les indications qui viennent d'être précisées, les émissions sanguines sont toujours inutiles et le plus souvent dangereuses; elles n'ont ordinairement pour résultat, comme l'ont fait remarquer Bianchi [1], Juncker [2], Walcarenghi [3] et Tissot [4], que de précipiter la manifestation des phénomènes adynamiques, et d'ajouter à l'intensité de l'état fébrile en déterminant fréquemment des accidents nerveux, tels que le délire, la dyspnée, l'anxiété extrême, symptômes qui brisent rapidement les forces des malades, et précipitent la terminaison funeste.

Finke a donné un exemple des fâcheux résultats des émissions sanguines pratiquées contre les fièvres assodes quand il n'existe pas de symptômes inflammatoires qui les indiquent, en rappelant qu'il vit périr, après avoir été saignées, quatre personnes dans la même maison, tandis que la cinquième, qui ne le fut pas, fut guérie, quoiqu'elle fût soumise comme les quatre autres à une médication fort irrégulière [5]. Il n'est pas un médecin de notre temps, où l'on fait un abus si général et si mal raisonné des émissions sanguines, qui ne puisse rapporter des faits

[1] *Hist. hepat*,, p. III, p. 248 et 625.
[2] *Conspect. med. the. pract.*, p. 515.
[3] *Med, rat.*, § LXXVIII.
[4] *Feb. bili. Lausann.*. 96 et sqq.
[5] *De feb. bili anom.*, p. 86.

semblables. De vieux praticiens, fort peu versés dans la connaissance des auteurs, mais mûris par l'expérience, guérissent journellement dans les campagnes, pendant l'été et l'automne, par des émétiques, des malades affectés de fièvres dyspepsiques, que de jeunes médecins encore égarés par les doctrines si fausses de l'École de Paris, soumettent avec grand danger à des saignées prescrites sous la préoccupation de l'existence primitive d'une gastro-entérite, dont les symptômes apparents ne sont que les phénomènes d'un état saburrhal intense.

Indication spéciale des émissions sanguines dans la curation des fièvres assodes des tropiques et dans les fièvres assodes des saisons chaudes.

2245. Dans les fièvres rémittentes des tropiques qui sont si souvent compliquées d'inflammation, les émissions sanguines même répétées sont en général utiles au début de la maladie, au témoignage d'Annesley. Dans les fièvres assodes ardentes de l'été, dans lesquelles les symptômes de phlogose du tube digestif et quelquefois du foie sont très intenses, il faut aussi recourir avec hardiesse aux émissions sanguines dans le commencement de la maladie. Il serait le plus souvent imprudent, dans les fièvres dyspepsiques intenses où les phénomènes réactionnels sont très violents, de se reposer sur les seuls effets du régime et des boissons délayantes.

Formule rationnelle pour la médication antiphlogistique des fièvres assodes.

2246. Pour résumer d'une manière précise la médication qui convient aux fièvres assodes contre lesquelles la médication antiphlogistique est indiquée, voici comment nous concevons son application rationnelle :

Quand les symptômes d'irritation des viscères abdominaux sont d'une intensité modérée, quelque prononcés que soient les accidents dyspepsiques, il suffit de soumettre le malade à l'administration des boissons délayantes données en abondance et à une diététique sévère pour que les accidents d'irritation perdent promptement de leur intensité. Il n'est indiqué d'ajouter à ces moyens empruntés à la médication expectante des agents thérapeutiques plus énergiques que dans deux circonstances : si le malade est plé-

thorique et habitué à des émissions sanguines ou à des congestions et des hémorrhagies affectant divers organes; ou si l'intensité de la réaction pyrétique est très grande. Dans ces cas il est indiqué de pratiquer une émission sanguine générale, qu'on doit même réitérer si elle est insuffisante pour réprimer les accidents qui l'ont motivée. La quantité de sang à extraire par la saignée se détermine par l'état des forces des malades, par le développement et la dureté du pouls, par l'intensité de la fièvre et par la violence des symptômes, et surtout par le degré d'oppression et de gêne de la respiration[1]. Toutefois il est toujours sage de ne pratiquer d'abord qu'une petite saignée: on la réitère avec avantage si on en a obtenu un bon résultat, et si elle a été nuisible ou peu utile, on ne risque pas de produire une adynamie irréparable (2243).

Appréciation des signes qui doivent faire insister sur la médication antiphlogistique dans la curation des fièvres assodes.

2247. Il faut toujours agir avec une grande réserve pour l'appréciation des signes de la pléthore sanguine qui peuvent indiquer les émissions sanguines dans les fièvres assodes. Stoll a fait remarquer que la rougeur écarlate du visage et l'injec tion des vaisseaux de la conjonctive ne sont point dans ces fièvres des signes de pléthore ou de phlegmasie suffisants pour indiquer les émissions sanguines. Les malades affectés de fièvres assodes intenses ont souvent la face très colorée; il suffit souvent d'un vomitif qui diminue l'intensité de l'état saburrhal bilieux pour rendre le malade pâle et décoloré [2]. Le même observateur signale aussi, avec non moins de justesse, comme un symptôme trompeur de pléthore et de phlegmasie, la dureté du pouls et sa fréquence qui cessent souvent par les seuls émétiques [3]. La facilité de s'en laisser imposer par ces symptômes nous fait poser comme une règle d'interroger avec soin dans ces cas l'état des battements du cœur

[1] Huxham, *op. phys. med. ed. Reichel*, t. II, *de feb.*, c. I.

[2] Stoll. *Med. prat.*, trad. de Mahon, t. II, p. 180.

[3] *Med. prat.*, trad. de Mahon, t. II, p. 185.

qui sont toujours énergiques dans les cas de pléthore réelle.

2248. La douleur céphalalgique quand elle est intense, et surtout quand elle est jointe à des vertiges, semble indiquer l'imminence d'accidents congestionnels vers la tête, qu'on se hâte trop souvent de combattre par la saignée; elle peut n'être que l'effet de l'affection gastro-intestinale; elle guérit alors sous la seule influence des évacuants, et augmente presque toujours par les émissions sanguines.

2249. Dans tous les cas où les symptômes de la phlogose des viscères adominaux sont intenses (2092), l'indication de prescrire les moyens antiphlogistiques est plus urgente; les boissons délayantes n'ont pas un effet assez puissant pour qu'on puisse compter sur elles seules. Il est indispensable d'y joindre l'emploi des moyens antiphlogistiques actifs, ces moyens comprennent les émissions sanguines générales et locales et les topiques épispastiques propres à déterminer une phlogose des téguments externes développée au détriment de celle qui occupe le tube digestif (2258).

Des cas où il faut revenir à la médication antiphlogistique après la période d'augment des fièvres dypepsiques.

2250. Quand la fièvre dyspepsique a dépassé sa période initiale, quand les indications de la médication antiphlogistique restent très prononcées, la saignée générale doit être encore prescrite en première ligne, surtout s'il s'agit de malades jeunes, d'une bonne constitution, et chez lesquels l'activité de la circulation est habituellement prononcée. Ce moyen thérapeutique est contr'indiqué dans les conditions contraires, ou lorsque la maladie a déterminé une influence assez puissante sur l'organisme par son intensité ou par sa durée, pour que le malade soit dans un état de prostration des forces, principalement marqué par la faiblesse des diastoles artérielles et des battements du cœur, et par la pâleur de la peau et une sorte d'anhémie ou de congestion passive des capillaires qui s'observe dans les maladies graves quand leur influence sur l'organisme a atteint son plus fâcheux degré. Presque toujours, dans les

cas graves, la maladie a occasionné des évacuations alvines ou des vomissements quelquefois abondants qui ont précipité la débilité extrême des malades (2230). Le plus souvent alors ce serait une imprudence de faire une émission sanguine générale; l'effet immédiat de ce moyen ajouterait à la débilité des malades; et les fonctions organiques sont devenues trop imparfaites pour que cet effet immédiat soit réparé assez facilement pour n'entraîner aucun danger. Il faut toujours se rappeler que les émissions sanguines générales n'agissent que par l'intermédiaire de l'appareil circulatoire, et ne peuvent être par conséquent utiles que quand les fonctions de cet appareil ne sont pas débilitées et détériorées outre mesure.

De la mesure à apporter pour la prescription des antiphlogistiques dans la curation des fièvres assodes qui ont acquis leur développement.

2251. Il est souvent difficile en pratique de fixer exactement la limite au delà et en deçà de laquelle il peut être utile ou nuisible de recourir à une émission sanguine générale quand la fièvre dyspepsique est parvenue à sa période d'état. Si l'on a recours à ce moyen dans les cas où il n'est pas directement indiqué par des accidents réellement inflammatoires prédominants, loin de diminuer les accidents on les exaspère et l'on convertit souvent en une fièvre assode très grave, à cause des accidents adynamiques qui se manifestent, une fièvre dyspepsique qui se serait terminée sous la seule influence d'une médication expectante, et mieux encore par l'effet de l'administration des évacuants des premières voies [1].

2252. Nous regardons comme une règle sagement établie de ne recourir dans les fièvres assodes qu'à de faibles émissions sanguines générales dans tous les cas où un état pléthorique évident, une grande intensité des accidents fébriles, une grande activité dans l'action de l'appareil circulatoire, une injection prononcée des capillaires des téguments, n'indiquent pas la nécessité de pratiquer hardiment les émissions sanguines. Il vaut mieux, quand ces

[1] Schmidtmann, *Summ. obs.*, t. III, p. 319.

indications urgentes n'existent pas, mettre plus de réserve dans la prescription des émissions sanguines et les réitérer à des intervalles d'un jour ou deux, d'autant plus que l'effet de ces moyens sur la maladie gastro-intestinale est plus efficace quand on l'applique avec le soin de ne pas jeter rapidement l'appareil circulatoire dans un état de débilité qui nuit à la résolution des phlegmasies locales. Les petites saignées répétées ont un effet utile plus assuré que de trop larges et de trop rapides pertes de sang.

2253. Il importe de remarquer, relativement à l'indication de recourir aux émissions sanguines dans les fièvres, que dans les cas où l'état d'irritation diacritique du tube digestif est porté à un haut degré, le pouls peut être déprimé, irrégulier et même intermittent; en sorte que si l'on tirait des indications du seul état du pouls dans ces circonstances, l'on serait conduit à négliger les saignées, qui sont pourtant le moyen thérapeutique le plus efficace pour modérer l'intensité du mal[1]. On évitera alors cette négligence en tenant compte des indications immédiatement fournies par l'état du ventre qui est tendu, douloureux à la pression, chaud au toucher; par les douleurs tormineuses, les nausées et même les vomissements; par la soif vive que le malade éprouve (2092).

Des indications à déduire de l'état du sang extrait des veines pour réitérer les saignées dans les maladies graves et spécialement dans les fièvres assodes.

2254. Les qualités du sang extrait des veines dans les maladies graves, et spécialement dans les fièvres qui nous occupent, doivent être étudiées avec attention comme un signe secondaire qui indique ou contr'indique la saignée.

Tant que la maladie n'a pas atteint un degré extrême d'intensité, le sang obtenu fournit un caillot dense qui se sépare complètement du sérum, et se couvre même souvent d'une couenne inflammatoire. Cet état du sang indique toujours que l'adynamie n'est point encore imminente et permet de compter encore sur l'efficacité des saignées. Mais quand le sang fournit un caillot noirâtre, qui se sépare

[1] Richter, *von den Brilchen*, p. 1, p. 84.

imparfaitement du sérum qui reste coloré par une grande quantité de cruor dissous, l'adynamie est imminente; l'intensité des accidents réactionnels a altéré notablement la crase des humeurs, la saignée est alors au moins inutile et souvent dangereuse. Bianchi a signalé dans les fièvres assodes compliquées de phlegmasies un état particulier du sang extrait des veines, qui lui paraissait d'une grande importance comme contr'indication de la saignée, c'est que le sang sorti de la veine ait une couleur rouge rutilante qu'il conserve longtemps après sa sortie de la veine [1]. Nous avons observé ce phénomène dans des fièvres bilieuses très intenses comme dans d'autres maladies aiguës; il nous paraît d'une grande valeur à cause des cas assez nombreux dans lesquels nous avons vu en effet la maladie se terminer d'une manière funeste. Toutefois, comme le remarque de Haen, il ne faut pas s'en tenir uniquement à ces signes fournis par le sang, il faut, lors même que ce fluide présente les caractères de sang riche qu'on a désignés sous le nom d'inflammatoires, tenir grand compte pour réitérer la saignée, des signes déduits directement de la maladie [2].

2255. Quand les émissions sanguines générales sont faiblement indiquées ou après qu'on a eu recours à ce moyen avec une activité suffisante pour tempérer notablement l'intensité de l'état fébrile, et l'activité insolite de la circulation, si les symptômes d'irritation gastro-intestinale ou hépatique restent prononcés, on obtient de bons effets des émissions sanguines locales dirigées de manière à agir sur l'appareil vasculaire de l'abdomen. Les applications de sangsues à l'anus sont alors indiquées; nous les préférons toujours à celles que l'on pratique sur les parois abdominales, qui sont trop éloignées du siège du mal et qui n'agissent réellement sur le tube digestif et sur les viscères

**Indication générale des saignées locales dans les fièvres dyspepsiques.**

[1] *Hist. hepat. constit. pleuret.*, ann. 1709, p. 656 et 658.

[2] *Si e qualitate sanguinis aliquid volumus concludere, reliqua morbi signa simul debemus consulere.* Haenii, *Med. ratio.*, t. XI, p. 108.

annexes de l'appareil gastro-intestinal que par la déplétion générale qu'elles déterminent.

De la mesure qu'il convient d'apporter à la prescription des saignées locales.

2256. La prescription des émissions sanguines locales n'exige pas moins de prudence que la pratique des saignées générales pour la curation des fièvres assodes. Les saignées locales ont moins d'inconvénients que les émissions sanguines générales quand la prostration des forces est déjà très grande, et les fonctions circulatoires déjà gravement affaiblies; cependant elles ont toujours, indépendamment de leur effet local, une influence déplétive générale qui doit être prise en grande considération pour restreindre leur abondance dans des limites convenables. C'est pourquoi il vaut mieux le plus souvent les faire peu abondantes et les réitérer, que de s'exposer, en y recourant avec peu de mesure, à perdre tout l'avantage qu'on peut en retirer pour modérer l'intensité des accidents abdominaux par l'inconvénient d'ajouter à la prostration des forces et à la débilité de tout l'appareil vasculaire. Sauf dans quelques cas exceptionnels où la congestion sanguine et la phlegmasie peuvent être considérées comme très intenses par la gravité des symptômes des souffrances abdominales; il suffit le plus ordinairement de faire appliquer douze ou quinze sangsues à l'anus pour diminuer les douleurs tormineuses, la tension de l'abdomen, l'ictère, la douleur des hypochondres, et pour amener la liberté du ventre et favoriser l'établissement des selles liquides mucoso-bilieuses spontanées, toujours si utiles dans ces maladies (2118). Si l'on n'obtient pas cet heureux effet d'une première émission sanguine locale ainsi pratiquée, il est rare qu'on ne parvienne pas à le déterminer en la réitérant le lendemain ou le surlendemain.

Est-il besoin d'ajouter que cette médication ne doit pas faire négliger l'administration des moyens délayants et des topiques émollients tant sur l'abdomen que sur la muqueuse gastro-intestinale? les cataplasmes ou les fomentations

émollientes sur le ventre, les lavements émollients, les boissons délayantes accidulées, constituent cette partie de la médication qui n'a jamais d'inconvénient, et qui rend les plus grands services au moins comme médication adjuvante (2202 *et sqq.*).

2257. L'on obtient dans la plupart des cas, par les moyens que nous venons d'indiquer, surtout dans les fièvres assodes continues, une diminution assez rapide des accidents pour les amener à cette période de décroissement dans laquelle les phénomènes d'irritation et de phlogose du tube digestif ne se montrent plus qu'à un degré si modéré que le seul emploi des moyens de médication expectante suffisent pour conduire le malade à la convalescence. D'autres fois, les accidents dyspepsiques restent seuls, et comme dégagés de tous les phénomènes d'irritation gastro-intestinale ou gastro-hépatique qui mettaient obstacle à l'emploi des moyens évacuants que ces symptômes indiquent spécialement (2216 *et sqq.*).

2258. Si les symptômes inflammatoires abdominaux persistent nonobstant la médication antiphlogistique, ou si ces symptômes coïncident avec un état général d'adynamie qui ne permet plus de recourir sans danger aux émissions sanguines, ou enfin si l'on a laissé passer la période de ces maladies graves dans laquelle l'état des forces des malades permet et même indique de prescrire les émissions sanguines, les épispatiques offrent des secours puissants qu'il ne faut jamais négliger (2249). Indication générale de l'application des épispastiques.

2259. Les épispastiques agissent comme des moyens dérivatifs qui ont pour résultat de développer sur les téguments une phlegmasie qui se produit au détriment de celle qui a son siège dans les voies digestives. Les topiques vésicants préparés avec les cantharides agissent de plus en faisant pénétrer dans tout l'organisme par absorption, des principes stimulants diffusibles, qui rendent au système circulatoire, principalement dans les capillaires, une ac- Modes d'action des applications vésicantes cantharidés.

tivité que l'intensité de la maladie a supprimée. Cette activité fonctionnelle des capillaires est d'une grande importance; sans son intervention, aucune résolution de phlegmasie et aucune sécrétion critique ne peuvent s'établir. Stoll, préoccupé exclusivement de ce dernier mode d'action des vésicatoires, n'attachait pas une très grande importance au choix du lieu de leur application. Nous n'adoptons pas entièrement son opinion sur ce point; l'effet dérivatif utile des topiques épispatiques nous paraît aussi bien démontré que leur action stimulante sur tout le système vasculaire.

Du lieu d'élection des applications épispastiques.

2260. Nous regardons comme très utile de rapprocher autant que possible le lieu où l'on provoque la phlogose cutanée des organes affectés dans les fièvres assodes. C'est pourquoi nous conseillons de faire les applications vésicantes aux cuisses, de préférence à toutes les autres parties du corps, par suite de la présomption de l'effet dérivatif de ce moyen. Nous regardons comme utile de compromettre par la vésication une grande étendue des téguments. Nous ne prescrivons guère d'emplâtres épispastiques de moins de quinze et même vingt centimètres de diamètre; nous avons aussi l'habitude, pour rendre plus puissant encore l'effet de ces moyens, de prolonger autant que possible leur action immédiate, en les faisant appliquer successivement, et non d'une manière simultanée à l'une et à l'autre cuisse.

Importance des effets immédiats de l'application des vésicatoires sur les accidents fébriles,

2261. Nous n'avons jamais observé le moindre inconvénient de l'application des vésicatoires dans les fièvres assodes. Chez quelques malades très irritables, l'action du topique exaspère l'état fébrile pendant quelques heures, ou au plus pendant une journée. Nous avons peine à comprendre qu'on ait tiré de cette exacerbation fugace de l'état fébrile une contr'indication à l'emploi de ces moyens; nous n'avons jamais remarqué que la maladie ait été exaspérée par ces effets réactionnels de l'irritation inflammatoire

de la peau provoquée par les épispastiques; nous avons au contraire souvent observé que l'augmentation temporaire de la fièvre se terminait par des urines ou par des sueurs critiques suivies de la diminution des accidents morbides jusqu'à une intensité inférieure à celle qu'ils avaient avant l'application du topique vésicant.

2262. L'innocuité des épispastiques dans les maladies fébriles est pour nous confirmée par un si grand nombre de faits, que nous n'hésitons pas à y avoir recours dans les fièvres assodes graves dès le début de la maladie, souvent même lorsque des déplétions sanguines sont indiquées. Nous n'avons pas observé dans ces cas là que l'effet des vésicatoires ait jamais rendu nécessaire d'insister davantage sur les émissions sanguines; c'est même l'effet contraire que nous remarquons le plus habituellement. Quoi qu'il en soit, excepté dans les cas où la fièvre dyspepsique se montre dès son début avec une grande prostration des forces, souvent jointe à des accidents nerveux, nous ne conseillons les applications épispastiques que lorsque les symptômes de phlegmasie gastro-intestinale ou hépatique ne diminuent pas avec rapidité sous l'influence des boissons et des topiques émollients secondés par des émissions sanguines générales et locales (2246, 2256) pratiquées avec prudence; ce n'est pas que nous redoutions alors leurs effets, mais c'est parce qu'on doit toujours autant que possible éviter d'avoir recours à des topiques irritants, qui sont une cause de douleurs.

Des accidents des fièvres dyspepsiques qui motivent la prescription des épispastiques.

Dans les cas où l'indication des topiques vésicants est moins urgente, parce que la prostration des forces est modérée, parce que la maladie n'est compliquée d'aucune inflammation d'une intensité insolite, soit vers l'abdomen soit vers le thorax, ces topiques ont encore les meilleurs effets quand la faiblesse du sujet ne permet pas d'insister sur les émissions sanguines et fait redouter l'adynamie. Toutes les fois aussi que la céphalalgie est vive, ou quand

les paroxysmes sont marqués à leur invasion par un frisson prononcé, ou enfin si le malade éprouve beaucoup d'agitation et d'anxiété, les épispastiques sont de la plus grande utilité.

Dans tous les cas de fièvre dyspepsique intense, lors même que les accidents ne nous semblent pas portés à un assez haut degré pour motiver de recourir aux applications vésicantes, nous considérons comme une médication toujours avantageuse de provoquer, d'une manière presque continue sur les extrémités une irritation cutanée par des frictions irritantes avec un liniment ammoniacal ou avec des cataplasmes sinapisés, ou par l'administration fréquemment réitérée de pédiluves irritants. Finke a insisté sur l'utilité de ces topiques [1]; ils ont ordinairement pour effet de déterminer un état de calme et de repos souvent suivi du sommeil et de la manifestation d'une rémission avec diaphorèse.

Nécessité de recourir aux épispatiques dans les fièvres dyspepsiques des vieillards.

2263. Les épispastiques, par l'action stimulante qu'ils exercent sur tout l'organisme, ressentie principalement par l'appareil circulatoire, rendent souvent les plus grands services pour la curation des fièvres assodes parvenues au plus haut degré de gravité, surtout chez des personnes d'un âge déjà avancé, chez lesquelles les fonctions de la circulation et des sécrétions s'accomplissent avec langueur. Les plus fâcheux symptômes de ces maladies chez les vieillards sont la marche lente des accidents et la difficulté avec laquelle s'établit leur décroissement; l'adynamie caractérisée surtout par la faiblesse du pouls est toujours alors imminente; les épispastiques sont éminemment propres à la prévenir et à la combattre. On doit encore recourir aux vésicants chez ces sujets, quand ils présentent des symptômes de phlegmasie abdominale qui indiqueraient les anti-

[1] *Sinapismi plantæ pedum applicati, in revellendo à capite sanguine, egregium multoties ediderunt effectum, cui scopo et acetum vini solum sufficiebat.* (Finke, *de feb. bilio. anom.*, p. 88.)

phlogistiques et spécialement les émissions sanguines si l'on pouvait disposer sans danger des forces déjà si déprimées du malade, et si l'on pouvait compter sur l'effet dérivatif de la saignée locale quand l'appareil capillaire est jeté dans un état de vacuité et d'inertie. L'application des vésicatoires en agissant sur une grande étendue de la surface tégumentaire qui est douée d'une si vive irritabilité, en provoquant une activité insolite des vaisseaux capillaires, exerce sur tout l'organisme une action stimulante dont les effets immédiats se manifestent par une plus grande énergie dans les battements du cœur, par une excitation générale des vaisseaux capillaires, et par le retour de l'activité des organes sécréteurs jetés dans l'inertie par l'intensité de la maladie. Il arrive rarement qu'il ne résulte pas de ces effets immédiats des vésicants chez les sujets jetés dans l'adynamie une amélioration qui suffit quelquefois pour mettre la maladie en voie de décroissement. Cette amélioration rend parfois possibles sans danger et surtout avec avantage des émissions sanguines, qui auraient été dangereuses avant l'application des épispastiques. On peut obtenir alors la guérison en faisant alterner plusieurs fois les effets immédiats des épispastiques et des applications de sangsues ou des saignées générales faites avec une grande prudence.

Indication d'appliquer des vésicatoires déduite de la faiblesse des malades, nonobstant une vive irritation gastro-intestinale et des symptômes dyspepsiques intenses.

2264. Les épispastiques rendent les plus grands services dans la curation des fièvres assodes qui se présentent, même chez de jeunes sujets, avec un état de faiblesse considérable coïncidant avec une irritabilité excessive du tube digestif qui exclut l'administration des évacuants nonobstant la présence des symptômes dyspepsiques très prononcés. Nous pourrions montrer par des observations cliniques les bons effets de ces topiques sur des malades affectés d'une fièvre intense avec une anorexie complète, une couche saburrhale de la langue des plus marquée, et une aptitude au vomissement portée à un degré tel que l'ingestion des boissons, même les plus douces, était suivie de vomissements accompagnés d'une vive anxiété précordiale. Dans les cas

où le pouls est petit, les extrémités froides, l'adynamie des plus intense, l'administration des évacuants serait immédiatement suivie d'accidents graves (2230); l'application de vésicatoires aux cuisses et aux jambes apporte souvent une si rapide diminution dans la gravité des accidents, que l'administration d'émétiques devient non seulement possible sans danger, mais immédiatement indiquée, et si rapidement utile qu'elle fait immédiatement cesser les symptômes graves, et détermine quelquefois la convalescence.

Indication de substituer les évacuants aux antiphlogistiques à la période de décroissement des fièvres dyspepsiques.

2265. Les antiphlogistiques indiqués pour la phlegmasie gastro-intestinale excluent, pendant la période d'état des fièvres assodes, l'administration des évacuants, et surtout des évacuants empruntés aux moyens de la matière médicale qui exercent sur le tube digestif une action topique irritante. Aussitôt que la maladie a dépassé la période dans laquelle les symptômes inflammatoires tant locaux que réactionnels ont perdu leur vive intensité, surtout si l'on a été obligé d'avoir recours aux émissions sanguines et principalement aux épispastiques, la contr'indication des évacuants perd de sa force; leur association à l'usage des antiphlogistiques devient non seulement moins dangereuse, mais elle est même souvent indiquée, pourvu qu'on fasse un choix convenable des cathartiques. Les boissons laxatives non irritantes sont alors les moyens évacuants qu'il faut administrer. Ainsi les décoctions de tamarin ou de casse, l'eau magnésienne saturée, les tisanes aiguisées avec la manne, le sirop de fleurs de pêcher; les tisanes dans lesquelles on introduit des sels cathartiques en petite proportion sont des médicaments laxatifs dont l'utilité n'est point contrariée par l'action irritante presque nulle ou au moins toujours fugace qu'ils exercent sur le tube digestif.

Principe général de la médication mixte formée à la fois des moyens antiphlogistiques et évacuants pour

2266. Cette médication mixte dans laquelle on a fait concourir à la curation de la maladie les antiphlogistiques mêmes actifs, comme les émissions sanguines locales et générales ou les vésicatoires, et les évacuants des pre-

mières voies, découle de cette observation clinique que la terminaison des fièvres assodes arrive plus rapidement quand des sécrétions alvines liquides se montrent comme phénomènes critiques dès que la maladie a dépassé sa période d'état (1876, 2118). Cette médication est ainsi éminemment rationnelle; on conçoit cependant qu'elle exige d'être dirigée avec prudence et modifiée d'après les phénomènes qui se produisent sous son influence. Il faut éviter à la fois d'insister avec trop d'opiniâtreté sur la médication antiphlogistique qui exagère, par la débilité qu'elle provoque, l'intensité des accidents dyspepsiques, et de prescrire trop promptement et avec trop d'activité les évacuants qui peuvent déterminer et entretenir la phlogose des cryptes, et de la muqueuse ou des glandes annexes du tube intestinal.

La curation des fièvres dyspepsiques.

3° *Des moyens thérapeutiques applicables à la curation des fièvres assodes qui se rapportent aux indications qui résultent des phénomènes morbides réactionnels ou de l'état fébrile.*

2267. Les phénomènes réactionnels des fièvres dyspepsiques, quoique liés dans leur origine à l'état morbide du tube digestif, ne sont cependant pas toujours, ni par leur intensité, ni par leur forme, rigoureusement en rapport avec les accidents gastro-intestinaux proprement dits (1837). Ces phénomènes généraux sont par eux-mêmes la cause d'accidents plus ou moins graves, qui modifient la marche de la maladie et influent sur sa terminaison (2135 *et sqq.*). Cette observation générale justifie la nécessité de déduire des indications curatives des accidents pyrétiques considérés en eux-mêmes.

Formes principales des accidents pyrétiques qui fournissent les indications curatives les plus importantes.

Dans la plupart des fièvres assodes les phénomènes réactionnels ont une marche rémittente qui se rapproche à des degrés variables de celle des fièvres intermittentes proprement dites (1749). Dans les plus graves de ces maladies, au moins pendant leur période d'état, les accidents pyrétiques sont continus et ont quelquefois une intensité extrême (1782 *et sqq.*, 1837). Chacune de ces formes spéciales de

l'état fébrile fournit des indications thérapeutiques particulières par lesquelles la médication curative de la maladie se trouve profondément modifiée.

Indications spéciales fournies par la marche rémittente des symptômes pyrétiques.

2268. La marche rémittente des accidents fébriles n'exige pas, dans la plupart des fièvres dyspepsiques, de médication spéciale; dans la période d'état de ces maladies elle correspond presque toujours à la prééminence la plus prononcée des symptômes dyspepsiques. Presque toujours alors la médication évacuante fait cesser tous les phénomènes réactionnels rémittents avec et souvent même avant les accidents dyspepsiques proprement dits. On est donc fondé, quand les symptômes réactionnels des fièvres assodes sont rémittents, à considérer la maladie comme présentant pour condition dominante l'état saburrhal gastro-intestinal, plutôt que la phlogose des cryptes et de la membrane muqueuse du tube digestif. Considérée sous ce point de vue, cette forme des accidents fébriles est une indication accessoire pour recourir franchement à la médication évacuante (2220).

Indication fournie par la persistance de la fièvre périodique après les symptômes dyspepsiques et inflammatoires.

2269. Lorsque la fièvre assode a dépassé sa période d'état, et quand on a combattu activement les symptômes dyspepsiques, et qu'on les a fait cesser ou au moins qu'on les a fort affaiblis, ou bien après qu'on a eu recours aux émissions sanguines motivées par la grande intensité de l'état fébrile, ou par l'imminence ou l'existence de phlegmasies graves (2249), comme cela arrive souvent, surtout dans les fièvres rémittentes des régions tropicales (2245); si les accidents fébriles persistent, ils se rapprochent le plus souvent de la marche intermittente tierce ou double tierce (1900). Il est alors indiqué de recourir à une médication spéciale dirigée immédiatement contre eux; on satisfait à cette indication par l'administration du spécifique fébrifuge fourni par le quinquina. On ne doit pas craindre alors de l'administrer à une dose élevée comme un à deux grammes par jour, c'est même une nécessité pour interrompre tout

d'un coup les accidents pyrétiques; on fait ainsi d'ordinaire cesser rapidement la fièvre rémittente ou intermittente qui avait survécu aux accidents dyspepsiques. La seule précaution importante à observer dans ce cas est de ne pas insister sur l'administration des sels de quinine, si les phénomènes pyrétiques ne cessent pas immédiatement sous leur influence; l'opiniâtreté des phénomènes fébriles provient ordinairement alors de ce que l'état saburrhal persiste, ou s'est reproduit comme il arrive quelquefois sous l'influence de l'effet immédiat du fébrifuge sur le tube digestif. Il faut dans ce cas là recourir sans hésiter à l'administration des évacuants émétiques ou éméto-cathartiques qui suffisent dans la plupart des cas pour terminer la maladie.

Si le tube digestif était le siège d'un certain degré de phlogose indiqué par la chaleur de la langue, de la soif, de l'ardeur à la gorge et des douleurs abdominales, quoique le caractère des accidents fébriles soit bien prononcé, l'administration du fébrifuge serait imprudente. Il faudrait persister à tenir le malade à l'usage des boissons délayantes et d'un régime sévère jusqu'à ce que ces acidents soient dissipés ou au moins fort atténués, avant d'en venir à la prescription des fébrifuges

De l'opportunité de l'administration des fébrifuges dans les fièvres assodes à accidents périodiques.

2270. Quand les fièvres assodes ont des symptômes pyrétiques rémittents ou intermittents, les médecins peu expérimentés se pressent ordinairement beaucoup trop d'en venir à l'usage des fébrifuges. Ces médicaments, comme l'a remarqué Guideti, sont nuisibles si la peau conserve un haut degré de sècheresse, et si le ventre est tendu et dur, et les urines crues et brunes; ils sont au contraire indiqués et doivent être prescrits immédiatement quand la peau est halitueuse, le ventre souple et mou, en un mot quand le ventre ne présente aucun phénomène de phlegmasie, ou au moins d'irritation vive [1]. La prescription intempestive

[1] J. Th. Guideti; *Dissert. med. de febribus biliosis*, § 13.

et trop précoce des fébrifuges dans les fièvres assodes rémittentes a le grave inconvénient de rendre les accidents gastro-intestinaux plus opiniâtres, et de favoriser le passage de la maladie à la forme chronique. La médication évacuante dirigée avec réserve si les symptômes saburrhaux persistent à un certain degré, ou la médication délayante si le tube digestif est encore dans un état évident d'irritabilité exagérée, suffisent dans la plupart des cas pour amener la cessation progressive des derniers accidents morbides, tant pour ceux qui occupent le tube intestinal, que pour ceux qui consistent dans des symptômes fébriles rémittents ou intermittents.

Indications générales fournies par la continuité et l'intensité des symptômes fébriles.

2271. Dans les fièvres assodes continues (1782 *et sqq.*) les phénomènes réactionnels ont dans un assez grand nombre de cas une extrême intensité, qui devient la cause d'une prostration des forces rapidement croissante, accélérée dans son développement par l'état de malaise et d'anxiété qui résulte de la sècheresse et de la chaleur intense de la peau, de la vivacité de la céphalalgie, des vertiges et des douleurs contusives des membres. Dans la plupart des cas, ces formes de la fièvre dyspepsique que les anciens ont spécialement désignées par les noms de fièvres ardentes et de causus, se distinguent par la prééminence des symptômes réellement inflammatoires du tube digestif ou des glandes annexes de l'appareil gastro-intestinal (2022). La médication antiphlogistique est alors rigoureusement indiquée dans les limites que comportent l'état des forces et le degré d'activité exagérée de l'appareil circulatoire. Ce traitement antiphlogistique suffit assez souvent pour amener la diminution des symptômes réactionnels. Pourtant il est quelquefois insuffisant, et d'ailleurs la prostration des forces est telle dans quelques cas que l'on ne peut insister sans danger sur les moyens actifs de cette médication (2258).

Utilité de la saignée pour di-

2272. Dans le début de la maladie, lorsque la prolon-

gation de la fièvre intense n'a pas encore amené l'adynamie, les émissions sanguines générales faites avec hardiesse, peuvent réprimer l'intensité des accidents et réduire la maladie à un degré modéré; mais si la fièvre intense se prolonge, les forces se brisent rapidement, et la saignée non seulement ne peut plus modérer les accidents et relever les forces, mais elle devient même dangereuse et contr'-indiquée [1]. La rapidité extrême de la circulation trop vivement surexcitée détériore toutes les fonctions organiques, altère la crase des humeurs comme on le voit par l'état du sang liquide et presque incoagulable que fournissent alors les saignées (2254). Dans cet état général que Borsieri a signalé sous le nom d'alcalescence du sang [2], l'action de la saignée devient nuisible et ne peut qu'ajouter encore à la gravité de l'état pathologique général, qui tout secondaire qu'il est par rapport à l'affection abdominale, est par lui-même la cause des dangers que court le malade. Dans ce cas là, tout en continuant de maintenir le malade sous l'influence continue du régime antiphlogistique, il faut recourir à des agents thérapeutiques qui peuvent diminuer directement l'intensité de la fièvre, et ramener ainsi les fonctions organiques, sinon à un état de rétablissement complet, au moins à un état de moindre imperfection, qui ne paralyse pas tout à fait l'action de tous les organes essentiels à la conservation de la vie. On ne peut espérer que de cette manière de mettre un terme à la prostration des forces, qui est en grande partie le résultat immédiat de l'intensité extrême de l'état fébrile, et de se ménager la facilité de revenir aux émissions sanguines indiquées pour la phlegmasie gastro-intestinale.

minuer l'intensité des accidents fébriles au début et pendant le cours des fièvres dyspepsiques continues.

2273. Nous ne connaissons pas de médicament dont l'effet sur tout l'appareil circulatoire pour modérer son action exagérée mérite dans ces cas plus de confiance que

Utilité des lotions et des affusions fraîches pour modérer l'intensité de l'état fébrile continu.

[1] Van-Swieten; *Comment. in Boerh.*, aph. 743.

[2] *Instit. med. pract.*, p. 111, § CCCCXXVII.

celui qui consiste à soustraire rapidement sur toute la surface du corps le calorique qui s'y trouve en excès. Nous obtenons cet effet par des lotions froides pratiquées sur toute la surface tégumentaire pendant un temps très court, ou par des affusions qui consistent à faire ruisseler sur tout le corps de l'eau fraîche pendant cinq à six minutes, deux ou trois fois par jour. Nous empruntons ce moyen thérapeutique au traitement des fièvres typhodes contre lesquelles il a été préconisé par un grand nombre de médecins, et notamment par Hahn [1], Theden [2], Gregory [3], comme le mode de médication le plus convenable pour diminuer rapidement l'intensité de l'état fébrile, et la vive ardeur à la peau qui en est le résultat, et l'agitation et l'anxiété extrême que les malades en éprouvent. Currie [4] et Giannini conseillent cette médication pour tous les cas de fièvres dans lesquelles ces symptômes se montrent au plus haut degré; nous ne sommes que leur imitateur.

On retire les plus heureux effets de cette médication dans les fièvres de l'Inde, en l'associant, surtout au début de la maladie, aux effets antiphlogistiques des saignées; Henry Marshall a signalé ses bons résultats dans les fièvres continues et rémittentes graves de l'île de Ceylan [5]. Cette médication n'est au surplus rien moins que nouvellement employée contre les fièvres de ces régions; le capitaine Williamson l'a trouvée usitée comme une ancienne pratique des brachmanes. Il a vu souvent traiter ainsi avec le plus grand succès, de ses domestiques atteints de fièvres rémittentes bilieuses : on ne leur donnait à boire que de l'eau froide pendant qu'on les enveloppait dans des linges mouil-

[1] *Acta germanica*, t. x in append. ; *Epid. verna quæ Wratislaviam anno 1737 afflixit.*

[2] *Progrès ult. de la chirurg.*, trad. par Chagron, sect. xv et xxii.

[3] *Med. facts and obs.*, vol. vii, p. 2 ; 1797.

[4] *Medical reports of the effects of Water, cold and Warm as a remedy in fever and other diseases: Water applied to the surface of the body, or used internally*, by James Currie. Liverpool, 1798.

[5] *Notes on the medical topography of the interior of Ceylan*, p. 143.

lés. L'effet de cette médication, était, dit-il, de diminuer considérablement d'abord la fréquence du pouls, et de provoquer ensuite une abondante diaphorèse. Bruce a vu les bons effets de cette pratique en Abyssinie, contre les fièvres ardentes du Massuah, qui sont si graves qu'elles deviennent souvent funestes dès le troisième jour. On y a recours en ne donnant au malade que de l'eau pure pendant qu'on le soumet presque continuellement à des affusions froides.

Effets immédiats des lotions et des affusions froides prescrites contre les fièvres assodes continues.

2274. C'est dans le but de déprimer l'intensité des phénomènes pyrétiques dans les fièvres assodes continues que nous prescrivons les lotions et les affusions froides. Sous l'influence de la déperdition de calorique, la fréquence du pouls diminue immédiatement, la peau perd sa vive chaleur, le malade est pris d'un frisson avec tremblement prononcé, les téguments et les muqueuses des lèvres se décolorent et deviennent d'un blanc livide. Tous ces effets de la déperdition du calorique commencent à décliner dès que le malade est remis au lit; ils décroissent progressivement; la chaleur se rétablit en une ou deux heures, mais elle reste habituellement pendant trois ou quatre heures au-dessous du degré d'intensité extrême qu'elle avait atteint par suite de l'état fébrile; la peau est alors halitueuse; dans quelques cas heureux il se manifeste une diaphorèse considérable; la soif est modérée, l'anxiété et l'agitation sont nulles. Pendant l'effet immédiat de la soustraction de calorique le malade est dans un état de calme et de repos qu'il apprécie d'autant plus qu'il contraste avec l'agitation extrême et le malaise si pénibles qu'il éprouvait pendant la violence de la fièvre, subitement interrompue par l'application de l'eau fraîche.

Quand l'effet immédiat des soustractions de calorique se montre comme nous venons de le dire, la fièvre assode continue perd rapidement son intensité, et il suffit souvent de recourir à cette médication pendant deux ou

trois jours pour obtenir une si grande amélioration, que la maladie se termine ensuite facilement sous la seule influence de la médication expectante. Si l'on n'est pas assez heureux pour obtenir un effet utile aussi complet, on obtient au moins souvent que la violence des symptômes pyrétiques diminuée n'est plus un obstacle à la médication évacuante ou antiphlogistique quand l'indication d'y recourir ressort de la nature et des symptômes de la maladie.

Opportunité de la médication déprimante dans les fièvres dyspepsiques.

2275. Pour recourir avec avantage à la médication déprimante il ne faut pas attendre que la fièvre ait continué avec intensité jusqu'à épuiser complètement les forces du malade et le jeter dans une adynamie extrême; la réaction qui suit la brusque soustraction du calorique serait trop lente et resterait imparfaite; l'adynamie serait alors plus grande qu'avant qu'on ait eu recours à la soustraction de calorique, et l'état du malade se trouverait aggravé. Pour éviter ce danger, quand la fièvre assode continue a brisé à un haut degré les forces du malade, l'on ne soustrait d'abord le calorique qu'en faible quantité en donnant une température moins basse à l'eau des affusions et en ne prolongeant leur application que pendant deux ou trois minutes. On juge ensuite par la promptitude de la réaction si l'on peut insister sur ce moyen de traitement. Dans quelques cas très graves l'on est obligé de favoriser la réaction par des applications irritantes et chaudes à la peau, comme des cataplasmes sinapisés. En mesurant dans ce cas là l'activité et la durée des applications réfrigérantes à la rapidité des réactions on parvient souvent à faire en quelque sorte rétrograder la maladie et à l'amener successivement, par une progression croissante dans l'activité des moyens de traitement, à un état de fièvre modérée, qui arrive ensuite à une heureuse terminaison par la seule influence d'une médication expectante ou au moins par l'emploi de purgatifs d'une faible activité.

Des boissons qu'il convient d'administrer pour concourir à déprimer l'intensité des accidents fébriles des fièvres dyspepsiques.

2276. Pendant qu'on a recours à la médication déprimante, dont nous venons d'indiquer les principaux moyens, on doit insister sur l'usage des boissons délayantes et acidules, dont on abaisse la température jusqu'à un degré voisin de la glace fondante. Les malades indiquent souvent eux-mêmes cette précaution par le désir qu'ils ont de prendre des boissons froides. Les boissons que nous prescrivons le plus souvent sont la limonade légère ou l'eau acidulée avec l'oxymel. L'eau fraîche ou froide toute pure est quelquefois si utile qu'elle suffit pour faire cesser l'ardeur épigastrique, la soif vive, les nausées, l'anxiété extrême et la sècheresse de la peau, qui sont souvent les symptômes les plus pénibles de cet état morbide. Galien avait déjà recours à l'administration de l'eau froide; elle suffit quelquefois seule, sans l'adjonction des applications réfrigérantes extérieures, pour déterminer un rapide décroissement des accidents fébriles, qui sont tout autant le résultat de l'influence exercée sur tout l'organisme par la maladie locale, que de l'anxiété, de l'agitation et des souffrances continues qui dépendent du sentiment si douloureux d'ardeur que les malades éprouvent dans le tube digestif. L'usage de l'eau froide dans les fièvres ardentes a été célébré comme le meilleur remède de ces maladies par Schelhamer, et surtout par Méibomius[1]. Fréd. Hoffmann a justifié par des exemples les bons effets de ce traitement[2]. Van-Swieten a mis les médecins en garde contre les accidents qu'il peut occasionner, en signalant la facilité avec laquelle ce moyen peut favoriser la production des phlegmasies de poitrine[3]; cette crainte n'est justifiée que lorsque la maladie est déjà compliquée d'un commencement d'inflammation thoracique, qui est en effet une contr'indication directe formelle à l'emploi de ce moyen thé-

[1] *De feb.*. Lib. II, p. 124.

[2] *De feb. ardente nec non cholerica. Med. rat.*, sect. II, cap. II, obs. V.

[3] *Comment. in Boerh.*, aph. t. II, p. 197.

rapeutique, et à bien plus forte raison à l'administration des affusions froides.

Utilité de la médication déprimante contre les fièvres assodes ataxiques.

2277. Dans les fièvres assodes ataxiques (1824 *et sqq.*) dans lesquelles l'intensité des accidents réactionnels est surtout marquée par des symptômes nerveux, pourvu que l'activité insolite de l'appareil vasculaire soit intense, la médication déprimante par soustraction du calorique, à l'intérieur par les boissons froides et à l'extérieur par des applications réfrigérantes, est encore plus directement indiquée. Les accidents comateux, les douleurs céphalalgiques, l'anxiété et l'agitation extrêmes des malades sont des symptômes qui indiquent cette médication déprimante tout autant que la violence de la fièvre. L'action sédative que cette médication exerce sur l'appareil circulatoire porte également sur le système nerveux; aussi modère-t-elle en même temps l'intensité de l'état fébrile proprement dit et les accidents nerveux dont il est accompagné; la réaction s'accomplit ordinairement dans ces formes de fièvre avec une grande facilité; elle est même quelquefois trop intense, et l'on se trouve obligé de la modérer en rendant la soustraction du calorique plus active et plus prolongée, et dans quelques cas par des émissions sanguines.

Utilité de la médication déprimante contre les fièvres assodes rémittentes.

2278. La médication déprimante n'est pas applicable qu'aux seules fièvres dyspepsiques continues; elle convient également pour la curation des fièvres assodes rémittentes graves. On y a recours dans les paroxysmes pendant le stade de chaleur pour modérer l'intensité des accidents fébriles et pour réprimer les symptômes nerveux qui y sont quelquefois joints. Cette médication a quelquefois pour résultat heureux de provoquer pendant la réaction qui succède à son effet déprimant immédiat une diaphorèse abondante, qui est toujours suivie d'une atténuation prononcée des accidents morbides et qui peut même marquer le début du décroissement immédiat de la maladie.

On a également recours à la médication déprimante dans les fièvres rémittentes dyspepsiques pour abréger la durée des paroxysmes lorsqu'ils augmentent progressivement de durée, et que la maladie tend à se convertir en fièvre continue (1785).

Des indications et contr'indications des évacuants des premières voies pour modérer l'intensité de l'état fébrile continu ou ataxique.

2279. L'administration des vomitifs et des purgatifs, lorsque la fièvre dyspepsique se montre ainsi avec une extrême intensité des phénomènes réactionnels, ne doit se faire qu'avec une grande circonspection (1786). Il est cependant des cas dans lesquels on obtient par ces moyens une diminution immédiate des accidents : c'est à discerner ces cas que doit s'appliquer le médecin; c'est là une des plus grandes difficultés qui se présentent en pratique; il s'agit d'adopter un parti qui peut déterminer tout à coup un changement rapide, heureux ou funeste, dans l'état du malade; le péril se trouve autant à s'abstenir dans quelques cas par une trop grande réserve, qu'à agir avec trop peu de ménagement.

Si les symptômes dyspepsiques, nonobstant l'intensité de l'état fébrile, sont très prononcés, si le ventre n'est point tendu et douloureux à la pression à un haut degré, si le malade n'éprouve pas de très vives douleurs abdominales, si la langue n'est ni sèche à l'excès, ni rouge; si l'ardeur à la gorge n'est pas extrême, un vomitif ou un éméto-cathartique donné sans hésiter est indiqué, et peut changer tout à fait et en peu d'heures l'état du malade en déterminant une diminution immédiate de l'anxiété extrême qui l'agite, en faisant cesser les évacuations alvines avec épreintes et douleurs tormineuses qu'il éprouve. La fièvre diminue immédiatement; la chaleur vive et ardente de la peau se calme et devient halitueuse; les urines jusque-là peu abondantes et crues, deviennent faciles et sédimenteuses; la céphalalgie intense s'atténue et disparaît. Si cet heureux effet n'est pas obtenu complètement, l'état du malade n'est au moins pas exaspéré par

cette médication. Il n'en serait pas de même si l'on y avait recours lorsque la langue est sèche et pointue, lorsque sa muqueuse et la muqueuse bucco-pharyngienne sont rouges injectées et comme demi-phlogosées; lorsque l'épigastre et les hypochondres sont tendus et douloureux à une pression modérée; lorsque les flancs sont météorisés et très douloureux soit spontanément, soit même sous la pression (2142 *et sqq.*) Dans les cas où ces contr'indications n'existent pas et où les symptômes dyspepsiques sont seuls prédominants, l'omission d'un émétique qui change tout d'un coup l'état du malade en débarrassant rapidement les organes digestifs des produits diacritiques qui les surchargent et qui sont le point de départ des accidents qu'ils provoquent par leur présence (2216 *et sqq.*), a l'inconvénient de laisser subsister la lésion gastro-intestinale qui est la cause immédiate de l'état morbide. L'organisme reste, nonobstant l'emploi de la médication déprimante, qui n'est propre qu'à modérer l'intensité des symptômes réactionnels, sous l'influence de cet état anomal des organes de la digestion, qui ne cesse pas alors d'entretenir la fièvre plus ou moins intense. La continuité des accidents réactionnels détériore de plus en plus toutes les fonctions; le tube digestif lui-même passe de l'état d'une diacrise intense à un véritable état de phlegmasie dont les symptômes se montrent de plus en plus; les indications de l'emploi utile des évacuants s'effacent; bientôt il sera dangereux d'y avoir recours; le malade est ainsi amené à un état qui ne peut plus être combattu par les moyens évacuants dont on a négligé l'opportunité.

4° *Des moyens thérapeutiques qui se rapportent aux indications fournies par les épiphénomènes des fièvres assodes et des dyspepsies nidoreuses.*

Division des épiphénomènes des fièvres dyspepsiques, eu égard à leur im-

2280. Les épiphénomènes qui se montrent pendant le cours des maladies dyspepsiques introduisent ordinairement les plus grandes difficultés pour la curation de ces maladies.

Ces difficultés proviennent soit de ce que ces épiphénomènes constituent par eux-mêmes la cause immédiate du plus grand danger pour les malades; soit de ce que les symptômes qu'ils déterminent masquent ou modifient, de manière à les rendre plus obscurs et en apparence moins importants, les symptômes propres de la maladie dyspepsique. On ne peut se guider dans ces cas embarrassants que par l'appréciation de la nature des épiphénomènes, et surtout des rapports qu'ils ont avec les conditions pathologiques qui sont propres aux maladies dyspepsiques. Comme les indications thérapeutiques ne peuvent être rationnellement déduites que de cette appréciation, nous allons d'abord parler de celles qui se rapportent aux épiphénomènes qui sont immédiatement liés aux conditions pathologiques constitutives des maladies dyspepsiques; elles nous conduiront naturellement à exposer ensuite les principes de la thérapeutique rationnelle applicables aux épiphénomènes, qui n'ont qu'un rapport médiat et comme secondaire avec les désordres fonctionnels particuliers aux dyspepsies nidoreuses et aux fièvres assodes.

portance comme source des indications thérapeutiques.

(*a.*) **De la curation rationnelle des épiphénomènes immédiatement liés aux conditions pathologiques constitutives des maladies assodes.**

2281. Les épiphénomènes qui ont leur siége dans le tube digestif ont, par les parties qu'ils occupent et par leur nature, des rapports directs avec les lésions gastro-intestinales qui existent toujours dans les maladies dispepsiques. Ces épiphénomènes sont des accidents diacritiques ou des phlegmasies du tube digestif et de ses annexes, ou des phénomènes nerveux spasmodiques ou douloureux qui affectent le tube digestif ou ses annexes immédiats.

2282. Les épiphénomènes diacritiques gastro-intestinaux qui surviennent dans les embarras gastro-intestinaux et les fièvres gastriques muqueuses, bilieuses, sont 1° le ptyalisme, 2° les vomissements bilieux ou pituiteux, 3° les

Indication des épiphénomènes diacritiques gastro-intestinaux qui exigent une médication spéciale.

diarrhées muqueuses ou bilieuses; ces épiphénomènes sont toujours la cause d'une telle aggravation dans les symptômes de la maladie qu'il est urgent de les réprimer par des moyens thérapeutiques spéciaux.

Expression générale de l'importance du ptyalisme comme source d'indications thérapeutiques spéciales dans les fièvres dyspepsiques.

2283. Le ptyalisme survient comme épiphénomène dans les fièvres assodes, et plus souvent dans les dyspepsies nidoreuses, dès le début de la maladie ou lorsqu'elle est arrivée à sa période de décroissement. Finke regarde cet épiphénomène au début de la maladie comme l'indice d'une grande crudité, il le considère au contraire comme un phénomène critique avantageux quand il survient à la fin de la maladie [1]. Dans le langage qui convient à l'état actuel de la science, l'opinion de Finke exprime qu'au début de la maladie la salivation prouve que l'orgasme diacritique gastro-intestinal existe à un haut degré d'intensité, tandis que sa manifestation à la fin de la maladie se rapporte aux phénomènes d'excrétion critique qui la terminent si souvent; cette distinction est la source des indications thérapeutiques.

Indications spéciales fournies par la presence du ptyalisme dans les fièvres dyspepsiques.

2284. Le ptyalisme du début et de la période d'état des maladies assodes est ordinairement lié aux phénomènes sub-inflammatoires que ces maladies présentent souvent dans leur premier stade; il coïncide fréquemment avec la stomatite, ou au moins avec un gonflement congestionnel presque inflammatoire de la muqueuse buccale. La médication délayante, à laquelle on joint l'usage des gargarismes émollients, est alors plus spécialement indiquée par la présence de cet épiphénomène : on le voit le plus souvent céder dès que les accidents morbides perdent leur plus grande intensité. Si les accidents gastro-intestinaux sont assez graves pour exiger qu'on ait recours aux antiphlogistiques, le ptyalisme diminue comme ces accidents eux-mêmes par l'effet de ces moyens. Si l'indication des émétiques se trouve déterminée par l'état du tube digestif,

[1] *De feb. bilio. anom.*, p. 155.

la présence de la salivation ne les contr'indique pas. L'effet immédiat des émétiques est habituellement suivi de la disparition de cette diacrise des glandes salivaires, qui cesse même plus tôt et plus facilement par ce moyen que les symptômes de surcharge du tube digestif eux-mêmes. Dans tous les cas, cet épiphénomène n'est presque jamais par lui-même la cause d'accidents sérieux. Si parfois il avait une extrême intensité, on la réprimerait aisément par une légère émission sanguine locale pratiquée derrière les angles de la mâchoire. Dans les cas les plus graves que nous ayons observés de cette espèce d'accident, où les parotides sont légèrement tuméfiées et douloureuses au toucher par suite de la turgescence diacritique qu'elles éprouvent, nous n'avons pas été dans le cas de recourir à une plus active médication que l'application de cataplasmes émollients autour de la mâchoire et sur les régions parotidiennes.

2285. Lorsque le ptyalisme survient à la dernière période de la maladie assode, dans les cas les moins intenses, il disparaît progressivement sous la seule influence de la médication expectante, à mesure que les symptômes de l'affection principale se calment; dans les cas les plus prononcés, il disparaît facilement par l'administration des cathartiques. Sa présence est même un motif pour déterminer le médecin à en venir plus promptement et avec moins d'hésitation à prescrire ces médicaments, surtout quand le malade n'a point d'évacuations alvines liquides spontanées (2118).

*Indications thérapeutiques spéciales fournies par la présence des vomissements épiphénoméniques dans les fièvres assodes.*

2286. Les vomissements bilieux et muqueux, tant qu'ils sont modérés et qu'ils ne surviennent que par intervalles, sont un symptôme assez fréquemment observé dans les maladies assodes d'une certaine gravité. Ils ne constituent pas alors un véritable épiphénomène, leur présence ne fournit point d'indication particulière différente de celles qui s'appliquent aux accidents ordinaires de la mala-

die (2115). Il n'en est pas de même quand les vomissements se reproduisent fréquemment et débilitent le malade, à la fois par les effets répétés et pénibles qu'ils exigent et par la déperdition de liquides qu'ils déterminent (2119). Dans ce cas-là Stoll n'hésitait pas à prescrire les vomitifs avec plus de hardiesse et en insistant encore davantage sur leur administration que dans les cas ordinaires, même lorsque les malades étaient tourmentés par une vive cardialgie qui accompagne habituellement les vomissements intenses et fréquemment répétés épiphénoméniques de la dyspepsie nidoreuse ou de la fièvre assode. Il a rapporté des observations cliniques qui mettent hors de doute les heureux effets de cette médication hardie [1] à laquelle s'applique cet axiôme de la médecine ancienne : *Vomitus vomitu curatur.*

Des vomissements qui indiquent spécialement l'administration des évacuants des premières voies.

2287. Lorsque les vomissements se manifestent après la période d'invasion et d'accroissement des maladies assodes, si l'état fébrile est nul, ou au moins peu prononcé et franchement rémittent, il est bien rare qu'ils se rattachent à un état d'inflammation ou même d'irritation sérieuse de l'estomac ; on peut alors les combattre avec plus de sécurité par les vomitifs ou les éméto-cathartiques. Lorsque les symptômes dyspepsiques présentent plutôt la forme de l'état saburrhal intestinal que de l'embarras gastrique proprement dit, les purgatifs les font le plus souvent cesser avec rapidité. On obtient surtout cet heureux effet quand ces vomissements coïncident, comme cela est assez ordinaire, avec de la constipation. Dans ces cas-là, nous avons souvent administré utilement le calomélas, tantôt seul, tantôt uni avec une petite quantité d'opium pour prévenir son expulsion par le vomissement ; 40 à 50 centigrammes de ce médicament, triturés avec 5 à 10 centigrammes d'opium, provoquent des évacuations alvines modérées et la cessation de l'épiphénomène, en

[1] *Med. prat.*, trad. de Mahon, t. 1, p. 40.

même temps que l'adoucissement des symptômes dyspepsiques.

Il faut se garder de trop généraliser cette pratique. Si les vomissements intenses coïncident avec des symptômes saburrhaux très prononcés, et si l'on n'observe point en même temps des phénomènes de phlegmasie ou même seulement de subinflammation marquée de l'appareil gastro-intestinal, on peut sans danger administrer un émétique; le plus ordinairement l'effet immédiat de ce médicament est de faire disparaître l'épiphénomène dominant. Si la présence de ces vomissements coïncide avec les signes prononcés d'un état d'inflammation, ou même seulement d'imminence d'inflammation de l'estomac, l'administration de l'émétique pourrait occasionner une aggravation des accidents : loin de voir alors cesser les vomissements, on les verrait devenir plus pénibles et plus fréquents, la cardialgie ne ferait que s'aggraver, la fièvre deviendrait plus intense, et l'on pourrait ainsi faire passer à l'état de fièvre assode ardente une fièvre dyspepsique modérée dans laquelle on aurait méconnu la présence d'un certain degré d'inflammation gastro-intestinale. Il faut donc apporter beaucoup de réserve dans l'emploi des vomitifs dans les fièvres assodes compliquées de vomissements fréquents; il faut surtout s'imposer cette réserve dans la période d'invasion et d'accroissement de ces maladies, où l'orgasme diacritique gastro-intestinal et hépatique est si souvent porté jusqu'à un état voisin de l'inflammation.

Des cas où les vomissements indiquent l'administration des moyens antiphlogistiques.

2288. Les émissions sanguines générales, la saignée locale à l'anus, l'administration continue des boissons émollientes, et mieux encore de l'eau fraîche pure, calment souvent les vomissements qui surviennent dans la première période des fièvres dyspepsiques avec les symptômes fébriles intenses et les accidents inflammatoires prononcés des premières voies, en même temps qu'ils remédient à l'irritation trop vive des organes digestifs. On joint utile-

ment à ces moyens, dans les cas où ces accidents sont très intenses, l'administration de médicaments sédatifs choisis de manière à ne pas exercer sur l'estomac une action irritante. Ainsi l'administration des potions effervescentes, l'ingestion de l'eau chargée d'acide carbonique, l'usage de très petites doses d'opium, rendent de grands services dans ces cas. Il est même souvent sage de prescrire ces médicaments après l'effet des émétiques, lorsque ces évacuants sont indiqués, pour modérer leur effet immédiat sur l'estomac.

2289. Dans les fièvres assodes rémittentes et continues des régions tropicales, comme dans celles qui se manifestent dans nos climats dans les saisons chaudes et aussi dans les saisons froides et sèches, quand les vomissements sont les épiphénomènes dominants, les symptômes inflammatoires du tube digestif et souvent du foie sont ordinairement si prononcés, qu'il ne peut pas y avoir d'hésitation sur la médication convenable; il faut même souvent avoir recours, dans ces cas, à une médication antiphlogistique active; ce n'est que par les émissions sanguines qu'elle comporte qu'on peut arrêter les vomissements (2245). Dans quelques cas de cette espèce, en même temps que nous avons eu recours aux saignées, nous avons quelquefois, à l'exemple de Valcarenghi, prescrit utilement les lavements purgatifs pour surmonter la constipation qui se joint assez souvent à la présence de ces vomissements inflammatoires. Nous croyons avoir remarqué que le rétablissement de l'action péristaltique du tube digestif contribuait beaucoup à faire cesser ces graves épiphénomènes.

Curation rationnelle des vomissements qui surviennent à la fin des dyspepsies nidoreuses et des fièvres assodes.

2290. Il n'est pas rare d'observer les vomissements, ou au moins les nausées, comme épiphénomènes à la fin des dyspepsies nidoreuses et des fièvres assodes, surtout lorsqu'on veut commencer à administrer des aliments aux malades. Ces vomissements sont souvent accompagnés de douleurs cardialgiques, d'un sentiment de brûlure et d'ar-

deur à l'estomac, et d'éructations acides; ils coïncident fréquemment avec la constipation, surtout quand on a été forcé, pour combattre la dyspepsie nidoreuse ou la fièvre assode, de revenir plusieurs fois à l'administration des purgatifs. On fait cesser cet épiphénomène, dans la plupart des cas, par l'administration de boissons légèrement aromatiques alternées avec des laxatifs. C'est surtout dans ces cas que les anciens prescrivaient des boissons vineuses; Stoll donnait l'arnica en décoction; nous prescrivons ordinairement l'infusion de fleurs de camomille, ou de feuilles de mélisse et de petites doses de calomélas, ou une légère infusion de feuilles ou de follicules de séné; nous avons quelquefois aussi recours à l'usage de l'eau magnésienne saturée. Si l'état saburrhal tend à se reproduire, comme cela est fréquent dans ces circonstances, l'infusion d'ipécacuanha, portée même jusqu'au degré d'activité suffisant pour provoquer un ou deux vomissements et administrée pendant trois ou quatre jours de suite, est souvent suivie de la cessation des accidents. L'usage de l'opium et des sédatifs est toujours suivi d'une augmentation des symptômes épiphénoméniques; s'il fait quelquefois cesser les vomissemenss, il augmente ou détermine toujours l'anorexie, et souvent des douleurs cardialgiques; il produit la constipation, il jette le malade dans un état de malaise et de faiblesse qui retarde la convalescence et peut occasionner le retour de la dyspepsie nidoreuse.

Contr'indication de la médication antiphlogistique dans les cas où les vomissements surviennent à la fin des maladies assodes.

2291. Lorsque des vomissements ou seulement des nausées se manifestent ainsi au dernier terme des fièvres assodes et des dyspepsies nidoreuses, on voit des médecins qui attribuent ces accidents à la persistance d'un état de phlogose gastrique, et qui insistent sur une médication antiphlogistique formée de l'administration des boissons émollientes et acidules, et rendue quelquefois plus active par l'adjonction des émissions sanguines locales. On ne peut trop s'élever contre cette médication déduite d'une grave erreur sur

l'état du tube digestif; le moindre de ses inconvénients est de retarder la convalescence; elle est souvent la cause des dyspepsies nidoreuses chroniques, qui persistent après la maladie aiguë; elle occasionne fréquemment des dyspepsies cardialgiques opiniâtres qui rendent les digestions douloureuses, incomplètes, pendant des mois. Ces accidents deviennent d'autant plus graves, quand on suit cette pratique erronée, qu'à mesure qu'ils se prononcent davantage on insiste sur la médication qu'on regarde comme appropriée à un état de phlogose dont on croit trouver des signes de plus en plus prononcés. Ce n'est point en réalité l'irritation gastro-intestinale qui produit à la fin des maladies assodes les phénomènes qui nous occupent, c'est l'imperfection des sécrétions muqueuses et bilieuses qui continue à exister dans le tube digestif; c'est la lenteur et l'irrégularité des mouvements péristaltiques de l'intestin qu'il faut combattre pour activer et pour consolider la guérison.

Indications thérapeutiques spéciales qui résultent de la présence de la diarrhée modérée dans les maladies assodes.

2292. La diarrhée muqueuse ou bilieuse, indépendante de symptômes inflammatoires dans le tube digestif, est loin de constituer un épiphénomène fâcheux dans les maladies dyspepsiques, quand elle est modérée, surtout lorsqu'elle se manifeste après la période d'état de ces maladies (2118). Stahl avait déjà remarqué que la cessation de la maladie et le rétablissement des malades sont toujours plus facilement obtenus quand cette excrétion survient lorsque la constipation a persisté après les premiers accidents morbides [1]. La conséquence de cette observation clinique, sur laquelle Heister insistait aussi [2], et dont la pratique confirme l'exactitude, est la contr'indication des moyens thérapeutiques propres à réprimer les déperditions alvines muqueuses et bilieuses dans les maladies assodes, lorsqu'elles ne dépassent pas certaines limites. Si l'effet de ces médicaments

[1] *Opusc. chym. med.*, p. 612 *et sqq.*

[2] *Comp. med. pract.*, cap, v, § xv.

se borne à stupéfier l'action péristaltique des intestins, leur administration n'a d'autre résultat que de retenir dans le canal intestinal les matières muqueuses et bilieuses versées en quantité et avec des qualités anomales dans sa cavité par la diacrise des cryptes mucipares et du foie; il en résulte une stase de ces matières qui provoque la tension, la météorisation du ventre, des douleurs tormineuses, et un état de malaise et d'anxiété, avec brisement des forces, des plus pénibles. Nous avons été quelquefois témoin de ces accidents à la suite de l'administration des opiacés prescrits mal à propos contre les diarrhées qui nous occupent, dont il fallait ensuite provoquer le rétablissement par l'usage des purgatifs, ou au moins des boissons laxatives.

Lors donc que la diarrhée muqueuse ou bilieuse survient dans le cours des maladies assodes, si elle est modérée et surtout si sa manifestation coïncide avec la diminution des symptômes dyspepsiques, il est indiqué de ne recourir à aucun moyen thérapeutique pour la réprimer; il suffit habituellement de s'en tenir à une médication expectante pour faire diminuer le nombre et l'abondance des évacuations, pour faire cesser les douleurs tormineuses dont elles sont parfois accompagnées, et pour conduire en peu de jours la maladie à une heureuse issue.

2293. Si la diarrhée muqueuse ou bilieuse ne coïncide pas avec le décroissement de la maladie; si les symptômes dyspepsiques restent très prononcés, si même l'on remarque que ces symptômes paraissent de plus en plus intenses nonobstant les déperditions alvines muqueuses et bilieuses, la présence de ces évacuations n'est qu'une indication de plus à ajouter à celles que fournissent les symptômes dyspepsiques eux-mêmes, pour recourir à la médication la plus spécialement applicable aux maladies assodes, c'est à dire à l'administration des émétiques et des éméto-cathartiques. On trouve alors dans l'emploi de ces médicaments les moyens de réprimer directement la diacrise

gastro-intestinale ou entéro-hépatique et de diminuer en même temps les déperditions diarrhéiques. Parmi les évacuants auxquels il faut recourir dans ces cas, la plupart des praticiens préfèrent l'ipécacuanha en substance ou en infusion; ils attribuent à l'action astringente et tonique de ce médicament la propriété de diminuer plus surement que par tout autre évacuant la diacrise abdominale, et par suite les évacuations alvines. Nous ne donnons pas à cette indication spéciale une très grande importance; nous obtenons aussi surement le même résultat par le tartre stibié. Si le malade a l'estomac irritable, si les symptômes dyspepsiques ont plutôt le caractère des symptômes de l'embarras intestinal, l'expérience nous a appris qu'on parvient facilement à les réprimer et avec moins de fatigue pour les malades, par l'administration des purgatifs simples, et surtout à l'aide du calomélas et principalement du sulfate de soude à petites doses, répétées pendant deux ou trois jours de suite.

2294. Dans la première période des maladies assodes, où les symptômes dyspepsiques sont prédominants, surtout quand les phénomènes généraux sont très prononcés, et si les accidents diarrhéiques sont joints à des vomissements ou au moins à des nausées fréquentes, il vaut mieux administrer les vomitifs, quand on a bien constaté, par deux ou trois jours de médication expectante, que les symptômes dyspepsiques tendent à persister ou à s'aggraver.

Indications spéciales fournies par la manifestation de la diarrhée muqueuse ou bilieuse pendant la convalescence des maladies dyspepsiques.

2295. Pendant la convalescence des maladies dyspepsiques, surtout dans les cas où la maladie a eu de l'intensité et une durée prolongée au delà de huit à dix jours, on voit souvent survenir des diarrhées muqueuses et bilieuses qui s'accompagnent de douleurs tormineuses sourdes sous-ombilicales, et d'un sentiment de faiblesse génerale et de brisement des membres d'autant plus marqué que les forces sont encore très imparfaitement réparées. Cet épipheno-

mène est l'indice d'un certain degré de retour de la diacrise gastro-intestinale. Il suffit souvent de mettre le convalescent au régime de la médication expectante de la maladie assode (2202 *et sqq.*) pour voir se terminer en peu de jours cette récidive des accidents; assez souvent même la convalescence se rétablit plus franche et plus complète quand ils sont terminés qu'elle ne l'était avant leur manifestation intercurrente. Si l'on n'obtient pas ce résultat, si la diarrhée tend à persister, il faut en venir sans hésiter à une médication active, c'est encore des évacuants qu'elle doit se composer; l'infusion d'ipécacuanha à dose assez faible pour ne provoquer que quelques nausées ou au plus un effet vomitif peu marqué, donne dans ces cas-là les meilleurs résultats. Il importe le plus souvent pour les consolider de revenir plusieurs fois au même moyen pendant trois ou quatre jours sans interruption, ou avec l'interruption d'un jour ou deux au plus.

2296. Nous avons observé plusieurs fois ces diarrhées épiphénoméniques dans la convalescence des maladies dyspepsiques qui ont été combattues par une médication peu rationnelle. Nous les avons rencontrées, lorsque le médecin, préoccupé de la crainte d'une inflammation gastro-intestinale, a insisté outre mesure sur la médication antiphlogistique et délayante, ou lorsque frappé de l'intermittence ou de la rémittence des symptômes, il s'est empressé de recourir aux fébrifuges, sans combattre préalablement et comme état morbide principal l'embarras gastro-intestinal (2268), ou enfin lorsque, s'arrêtant aux digestions lentes et pénibles qui se produisent à la fin des maladies assodes, il a beaucoup insisté sur la sévérité du régime et sur la prescription des aliments liquides féculents ou laiteux. Dans tous ces cas la diarrhée muqueuse et bilieuse n'est que le résultat de la persistance ou du retour de la diacrise gastro-intestinale; elle doit toujours faire redouter le passage à l'état chronique de cette maladie du tube digestif, ou même la

récidive d'un état aigu. La médication rationnelle qui convient alors consiste dans la prescription des éméto-cathartiques faite sans hésitation. On ne parvient même souvent alors à rétablir la santé qu'en insistant sur cette médication, et en revenant plusieurs fois aux médicaments qu'elle comporte. On doit profiter immédiatement du changement que l'effet de ces médicaments apporte dans l'état du tube digestif pour revenir à un régime légèrement tonique et stimulant. Nous avons l'habitude en pareille occurrence de faire suivre l'effet des émétiques et des éméto-cathartiques de l'ingestion de la limonade vineuse, ou d'une infusion de camomille ou de feuilles d'oranger vineuse, et de l'administration d'aliments animaux en petite quantité, dont nous favorisons la digestion avec des eaux alcalines gazeuses ou une infusion chaude aromatique de thé ou de camomille. C'est dans ces cas qu'on obtient les meilleurs effets de l'usage de la racine de colombo [1] pour rendre aux fonctions digestives leur activité, et prévenir le retour du flux diarrhéique. C'est aussi dans ces circonstances que Stoll a surtout conseillé l'administration de la racine d'arnica [2].

Énumération des épiphénomènes inflammatoires gastro-intestinaux qui fournissent des indications spéciales pendant le cours des maladies dyspepsiques.

2297. Les épiphénomènes inflammatoires gastro-intestinaux qui surviennent pendant le cours des embarras gastro-intestinaux, ou des fièvres gastriques muqueuses ou bilieuses sont les stomatites, les angines, l'hépatite, les catarrhes gastriques, les catarrhes gastro-intestinaux qui comprennent la diarrhée inflammatoire et la dysenterie. La manifestation de ces affections épiphénoméniques fournit souvent des indications thérapeutiques urgentes qui modifient toujours le traitement rationnel de la maladie dyspepsique primitive.

Des formes des stomatites qui

2298. Les stomatites se manifestent dans les maladies

[1] Ce médicament a été surtout recommandé contre les flux diarrhéiques de la fin des maladies bilieuses et muqueuses par Percival. (*Essays medical and experimental*, vol. II, p, 85. London, 1773.)

[2] *Med. prat.*; trad. de Mahon, t. II, p. 376.

assodes (1853 *et sqq.*) sous deux formes, celles des pustules inflammatoires disséminées sur la muqueuse buccale, et celles de petites taches blanchâtres éparses à la surface de la muqueuse buccale uniformément rubéfiée par l'injection capillaire. Dans le premier cas, l'inflammation affecte les cryptes mucipares contenues dans l'épaisseur de la muqueuse; dans le deuxième cas, la phlogose superficielle de cette membrane est la cause immédiate de la sécrétion anomale d'une matière comme caséeuse, qui n'est autre chose que la substance constitutive de l'épithélium déposée en quantité anomale à la surface de la muqueuse. Dans l'un et l'autre cas la phlogose de la bouche est évidente par l'injection de la muqueuse, par sa rougeur vive, et par un sentiment de chaleur et d'ardeur plus ou moins intenses, occupant la surface intra-buccale. Stoll n'a observé dans aucun cas que la présence de ces phlogoses superficielles de la muqueuse buccale ait aggravé la maladie. Il prescrivait contre ces épiphénomènes des gargarismes préparés d'abord avec la décoction d'orge à laquelle il ajoutait un peu de sel ammoniac et de miel rosat, et lorsque les petites pustules aphtheuses s'étaient changées en ulcères, il arrêtait les progrès du mal au moyen de gargarismes préparés avec une infusion de sauge, avec le rob de noix et l'esprit de sel ammoniac [1].

Peuvent fournir des indications spéciales pendant le cours des maladies assodes.

2299. Il faut distinguer dans cette lésion locale peu grave, deux périodes; la première est celle dans laquelle les symptômes de phlogose aiguë de la muqueuse ont une certaine acuité; la seconde est celle dans laquelle ces symptômes ont perdu leur acuité, et ne se montrent plus que par la présence de petites taches blanches ou de petites érosions superficielles disséminées sur la muqueuse buccale, sans rougeur vive de cette membrane dans leurs intervalles.

De la médication spéciale indiquée par la présence des stomatites épiphénoméniques des maladies dyspepsiques.

Dans la première période, c'est à dire tant que la phlogose de la muqueuse buccale est vive, il est indiqué de

[1] *Med. prat.*, trad. de Mahon, t. II, p. 137.

s'en tenir pour la combattre aux simples applications émollientes sur la muqueuse buccale au moyen de gargarismes préparés avec la décoction de guimauve ou de graines de lin ou de têtes de pavot. Dans quelques cas qui sont les plus rares, la phlogose de la muqueuse est assez vive pour qu'il devienne nécessaire de réprimer son intensité par des émissions sanguines locales modérées; l'application de quelques sangsues derrière les angles de la mâchoire satisfait sans inconvénient à cette indication.

Lorsque la stomatite est arrivée à la deuxième période, c'est à dire quand les phénomènes immédiats de la phlogose buccale ont disparu dans les intervalles et sur les bords des aphthes, on accélère la guérison par des gargarismes stimulants et astringents, tels que ceux qui sont composés, comme le faisait Stoll, avec une décoction de sauge ou une légère décoction de quinquina, ou une légère dissolution alumineuse. On atteint encore le même but avec des collutoires stimulants, légèrement cathérétiques, composés par exemple avec du miel rosat et une petite quantité d'acide hydrochlorique.

2300. La stomatite aphtheuse se manifeste quelquefois comme épiphénomène, en même temps que les symptômes inflammatoires gastro-intestinaux des fièvres gastriques graves; c'est principalement dans les cas où les symptômes de phlogose du tube digestif sont dysentériques[1]. Cet accident motive alors un grave prognostic, car il coïncide le plus souvent avec un catarrhe intestinal intense par son degré et par son étendue. La médication antiphlogistique, applicable aux phlegmasies gastro-intestinales, est alors indiquée; elle l'est d'autant plus que la fièvre gastrique est arrivée à un degré d'intensité qui doit faire redouter une issue fâcheuse. Malheureusement, cette médication n'est plus praticable dans la plupart des cas où cette stomatite épiphénoménique survient. Son développement coïn-

[1] Dégner, *De dysenteria; Trajecti ad Rhenum* 1754, p. 26.

cide souvent avec une adynamie qui résulte de l'intensité des accidents gastro-intestinaux et qui ne permet plus l'administration des antiphlogistiques déplétifs d'une certaine activité. Cette adynamie est plus souvent jointe à la manifestation des stomatites aphtheuses que tout autre épiphénomène, d'autant que c'est principalement dans les fièvres gastriques muqueuses des enfants et des vieillards que l'on observe ce fâcheux épiphénomène. Le moyen qui nous a semblé dans ces cas très graves donner les résultats les plus avantageux, consiste dans l'application des topiques irritants épispastiques, de peu d'intensité, sur de grandes surfaces, tels que des sinapismes faibles ou des vésicatoires volants, laissés seulement jusqu'à rubéfaction de la peau, et promenés sur les membres abdominaux et thoraciques.

Indications spéciales fournies par les angines tonsillaires ou les catarrhes gutturaux épiphénoméniques des maladies assodes.

2301. Les angines tonsillaires ou les catarrhes gutturaux se montrent souvent comme épiphénomènes de l'embarras gastrique ou gastro-intestinal (1858); ces inflammations gutturales sont moins fréquentes dans les fièvres gastriques. Lorsque ces angines surviennent pendant que les symptômes saburrhaux proprement dits prédominent, elles se dissipent ordinairement avec facilité par la seule médication applicable à l'embarras gastrique ou gastro-intestinal à laquelle il est alors indiqué d'avoir recours. La cessation de l'angine, ou au moins sa diminution, s'obtient presque immédiatement par l'administration des évacuants émétiques, comme celle de l'embarras gastro-intestinal lui-même [1]. Le seul traitement spécial que ces angines exigent dans ces cas, consiste dans l'administration des gargarismes adoucissants, secondée par l'application continue de cataplasmes émollients autour du cou et des mâchoires.

2302. Les angines coïncident rarement avec les symptômes inflammatoires gastro-intestinaux pendant le cours des

[1] « *Nihil utilius in angina biliosa quam vomitio tartaro emetico promota.* » (Sauvages, *Nosolog. meth.*, t. II, part. I, p. 486.)

fièvres gastriques; on les observe plus communément dans ces maladies quand elles affectent des personnes pléthoriques, et des jeunes sujets habitués à des hémorrhagies nasales. Dans ces cas, où la médication antiphlogistique générale est indiquée avant d'en venir à l'administration des évacuants, cette indication est rendue plus pressante encore par la présence de la phlegmasie gutturale. Le plus souvent la saignée la fait diminuer avec les symptômes réactionnels intenses qui coïncident avec elle. Dans quelques cas de cette espèce, l'angine peut acquérir une intensité assez grande pour qu'il devienne nécessaire de diriger contre elle une médication directe. On a alors habituellement recours à des saignées locales autour du cou; il faut seulement considérer qu'on ne peut attendre de ce moyen que la diminution de la phlegmasie gutturale; cette inflammation est liée à la maladie du tube digestif et ne cesse presque jamais complètement que par la médication qui convient à cet état morbide de l'appareil gastro-intestinal, aussi persiste-t-elle sinon avec sa première intensité, au moins d'une manière encore très prononcée, jusqu'à la guérison complète ou au moins jusqu'au décroissement bien déterminé de la maladie diacritique du tube digestif.

Indications spéciales fournies par le catarrhe guttural au déclin des embarras gastro-intestinaux et des fièvres dyspepsiques.

2305. La catarrhe guttural se rencontre quelquefois avec une intensité modérée et une forme semi-chronique au déclin des embarras gastro-intestinaux, et surtout à la fin des fièvres gastriques qui sont arrivées à la période décroissante; le plus souvent cet épiphénomène coïncide avec un état saburrhal chronique. On n'obtient pas toujours la cessation de cet accident par les seuls moyens qui favorisent la disparition des derniers symptômes dyspepsiques; le catarrhe guttural tend alors à se prolonger au delà du terme de la maladie, pendant le cours de laquelle il s'est manifesté. Il devient indiqué dans ces cas de recourir à une médication spéciale. Si le catarrhe guttural

est intense et caractérisé par des phénomènes de phlogose vive de la muqueuse pharyngienne, on doit le combattre par une médication antiphlogistique locale d'une certaine activité; ainsi l'on a utilement recours à des émissions sanguines pratiquées au cou et derrière les angles de la mâchoire, en même temps qu'on fait faire usage au malade de gargarismes émollients et de cataplasmes émollients à la région cervico-maxillaire. Si au contraire les symptômes immédiats de l'affection gutturale sont peu prononcés, si la muqueuse, au lieu de présenter une rougeur intense et une irritabilité vive, est d'un rouge violâtre, paraît comme boursoufflée et supporte sans qu'il en résulte d'impression pénible, le contact des boissons et des aliments, on devra avoir recours à des gargarismes et à des collutoires stimulants et même styptiques, tels que les gargarismes préparés avec la dissolution faible d'alun, ou avec une décoction d'écorces de grenades, de quinquina, ou même avec le miel aiguisé par l'addition de l'acide hydrochlorique. Il nous est arrivé, dans des cas de cette espèce observés il y deux ans, pendant la constitution épidémique qui a multiplié en si grand nombre les maladies saburrhales (1926), de modifier le tissu et la sensibilité de la muqueuse enflammée en promenant à sa surface, soit un fragment de nitrate d'argent, soit un pinceau imbibé de dissolution à saturation de ce sel cathérétique; la guérison du catarrhe guttural s'opérait ensuite en quelques jours.

Indications spéciales fournies par la présence des hépatites épiphénoméniques des fièvres assodes.

2304. L'hépatite est un des épiphénomènes habituels des fièvres bilieuses endémiques des régions tropicales; elle ne s'observe que rarement dans les fièvres dyspepsiques de nos climats tempérés, à moins qu'on ne la confonde avec les ictères simples qui se manifestent souvent dans ces maladies (1851).

2305. Lorsque l'hépatite survient comme éphiphénomène d'une fièvre dyspepsique, l'ensemble des symptômes de la maladie exprime toujours la présence d'un état in-

flammatoire des plus prononcé, qui indique une médication antiphlogistique active, lors même que les signes de surcharge saburrhale des premières voies seraient des plus évidents. La saignée générale est, dans ces cas, d'autant mieux indiquée que l'inflammation occupe un viscère dans la structure duquel les vaisseaux sont en grande proportion, et deviennent aisément le siège des plus graves congestions. Annesley parlant de l'hépatite endémique de l'Inde, même lorsqu'il la considère comme l'un des accidents des fièvres rémittentes de ces contrées, dit qu'il s'est souvent repenti dans la curation de cette maladie, de n'avoir pas prescrit les émissions sanguines, et qu'il n'a jamais eu à regretter de l'avoir fait (2245). Il préconise l'utilité des saignées, même pour les cas où l'administration des mercuriaux qu'il conseille comme la médication la plus utile contre ces maladies, lui parait nécessaire pour faire cesser les accidents hépatiques. Cette conduite nous semble la plus rationnelle et nous a toujours paru la plus sûre par ses résultats. Dès que l'hépatite épiphénoménique est évidente dans une fièvre gastrique, nous prescrivons sans hésiter une saignée générale que nous faisons même réitérer le soir ou le lendemain, pour peu que les forces du malade ne la contr'indiquent pas à un trop haut degré. Dans la plupart des cas nous faisons suivre immédiatement la saignée générale d'une saignée locale aux vaisseaux hémorrhoïdaux; cette dernière émission sanguine est prescrite seule et comme moyen principal lorsque les forces du malade ne permettent pas de recourir à la phlébotomie. Nous secondons les effets de cette médication active par l'administration des boissons délayantes acidulées, et par les topiques émollients sur l'abdomen.

2306. Quand les symptômes hépatiques ont perdu de leur intensité par la médication antiphlogistique déplétive, on peut, à l'exemple d'Annesley, prescrire les purgatifs mercuriels, et surtout le calomélas, d'autant plus que ce moyen thérapeutique agit aussi favorablement pour dissiper les

accidents saburrhaux ordinairement très prononcés dans ces cas.

Les médecins anglais attribuent une action spéciale aux mercuriaux, et surtout au calomélas, sur les affections hépatiques. Nous ne sommes pas convaincu de la réalité de cette action spéciale; mais il est difficile de conserver des doutes sur les bons effets de ces médicaments attestés par les praticiens les plus exercés et les plus dignes de confiance. Il serait possible que l'efficacité du calomélas dans ces cas fût due seulement à son action purgative; ce qui nous porte à le penser, c'est que nous avons obtenu les mêmes avantages de l'emploi des laxatifs ordinaires, tels que la dissolution de sulfate de soude et de magnésie, ou la décoction de casse ou de tamarin.

2307. Il n'est pas toujours nécessaire d'en venir à l'administration des cathartiques après les émissions sanguines contre les fièvres assodes compliquées d'hépatite, le malade a assez souvent, après l'affaiblissement des symptômes de l'hépatite, des évacuations bilieuses, avec lesquelles on voit s'évanouir, sans qu'il soit besoin de médicaments actifs, les derniers accidents hépatiques, et souvent aussi les symptômes de la maladie gastro-intestinale. L'utilité de ces évacuations, au décroissement des inflammations du foie, signalée par presque tous les auteurs depuis Juncker, peut être invoquée pour justifier l'indication des cathartiques à cette période de la maladie; cette indication est d'ailleurs encore fortifiée par la présence des symptômes dyspepsiques qui ont précédé l'inflammation hépatique, et qui se retrouvent ordinairement plus prononcés après qu'on l'a combattue par les émissions sanguines.

Dangers des vomitifs dans les fièvres assodes avec hépatite épiphénoménique.

2308. L'administration des vomitifs pendant la durée des symptômes inflammatoires du foie, nous a toujours semblé si dangereuse, que nous ne l'avons jamais prescrite, même lorsque les phénomènes d'embarras gastro-intestinal persistaient avec intensité. Nous craignons que l'action de ces

médicaments sur l'estomac et le duodénum, réfléchie nécessairement sur le foie, n'ajoute à la phlegmasie de cet organe. Nous avons toujours eu l'attention de n'en venir à ces moyens qu'après avoir observé pendant plusieurs jours la marche des accidents sous l'influence d'une simple médication expectante; cette précaution est importante pour bien s'assurer de l'état du foie, et aussi parce que les phénomènes d'embarras gastro-intestinal disparaissent quelquefois progressivement sans l'intervention d'aucun moyen actif par l'usage des boissons délayantes acidules après qu'on a réprimé les accidents les plus graves de la maladie.

Indications fournies par la présence de l'ictère épiphénoménique des maladies dyspepsiques.

2309. La présence de l'ictère sans hépatite dans les fièvres dyspepsiques, et à plus forte raison dans les dyspepsies nidoreuses simples (1840), n'est point une contr'indication à la prescription des émétiques et des cathartiques, quand ces moyens thérapeutiques sont indiqués par l'état saburrhal. Cet épiphénomène cesse le plus souvent par ces moyens avec la surcharge des premières voies. Cette conséquence des observations cliniques impose l'obligation d'apporter le plus grand soin à distinguer l'ictère simple, épiphénoménique des maladies dyspepsiques, de celui qui peut se rapporter à la présence d'une inflammation hépatique. Dans les cas douteux, il vaut mieux s'en tenir à une simple médication délayante que de s'exposer à exaspérer une hépatite, d'autant plus que l'ictère simple ne constitue pas un accident dangereux, et qu'il cesse souvent par les simples moyens de la médication expectante.

Indications spéciales fournies par le catarrhe gastro-intestinal épiphénoménique des fièvres assodes.

2310. Le catarrhe gastrique ou l'inflammation de la muqueuse gastro-intestinale existe souvent, au moins à un certain degré, dans les maladies assodes graves (1970, 1985); nous avons insisté sur sa présence comme phénomène ordinaire dans les fièvres ardentes continues (2022). Cette inflammation, dont nous avons donné les signes (2092), contr'indique la médication évacuante et l'emploi des médicaments qui exercent une action stimulante sur la muqueuse

gastrique. Quand cette phlegmasie survient comme épiphénomène pendant le cours des embarras gastro-intestinaux et des fièvres gastriques, elle fournit les mêmes indications que lorsqu'elle se manifeste comme symptôme habituel et continu de la fièvre assode (2241 *et sqq.*); toutefois elle est loin d'avoir la même importance; survenue le plus ordinairement par des écarts de régime ou par l'emploi mal conçu de quelques moyens thérapeutiques, elle n'a pas, dans la plupart des cas, une longue durée ni une très grande intensité. Le catarrhe gastro-intestinal impose au médecin l'obligation de suspendre la médication stimulante ou évacuante qui peut l'aggraver et qui finirait par déterminer des accidents fâcheux et durables si l'on méconnaissait les indications qu'il fournit; il suffit le plus souvent de mettre le malade à l'usage des boissons délayantes, et de laisser passer quelques jours pendant lesquels on interdit les aliments même liquides les plus légers, pour voir se dissiper les symptômes de la phlogose gastrique. Le traitement antiphlogistique actif ne devient nécessaire, dans ces cas d'irritation inflammatoire de l'estomac, que si l'état fébrile, jusque là léger, prend en même temps de l'intensité; il est alors indiqué de recourir à des émissions sanguines générales si l'état des forces le permet, ou au moins de revenir à des saignées locales à l'épigastre, vers les flancs, et de préférence à l'anus. On seconde les effets de cette médication antiphlogistique par des topiques émollients sur le ventre et par l'administration des lavements émollients.

Quand les symptômes de la phlegmasie gastrique survenue comme épiphénomène de la maladie dyspepsique ont cessé, on ne doit revenir à la médication active évacuante qu'avec précaution. Cet épiphénomène laisse après lui, si déjà même elle ne l'avait précédé, une extrême susceptibilité de l'appareil digestif, qui rend son retour imminent sous l'influence des stimulants même les moins énergiques.

2311. L'inflammation de la muqueuse du tube digestif Indications spéciales fournies

par le catarrhe gastro-intestinal épiphénoménique des maladies dyspepsiques suivant son siège dans le tube digestif et suivant les périodes de la maladie auxquelles il survient.

a des symptômes différents suivant le siège qu'elle occupe dans le tube digestif. La diarrhée avec colique, tension et rénitence de l'abdomen, est le symptôme principal de cette affection quand elle a son siège à la fin des intestins grêles et à l'origine des gros intestins; elle occasionne des selles mucoso-sanguinolentes rendues avec épreintes et précédées d'une douleur térébrante sous-ombilicale quand elle occupe le colon et le rectum. Cette affection épiphénoménique survenant dans le cours des embarras gastro-intestinaux et des fièvres gastriques, fournit des indications différentes suivant qu'on la considère d'après sa nature inflammatoire ou par rapport à l'état pathologique durant lequel elle se manifeste.

A considérer le catarrhe intestinal en lui-même, c'est à dire dans la nature de la lésion qui le constitue, c'est une inflammation qui indique de recourir au traitement antiphlogistique et qui contr'indique l'administration de tous les agents thérapeutiques qui exercent directement ou d'une manière médiate sur le tube digestif une action stimulante qui ne peut qu'ajouter à l'intensité de la phlegmasie locale. Si l'on considère cette affection par rapport à la maladie pendant le cours de laquelle elle se manifeste, on n'y voit que l'effet d'une affection gastro-intestinale diacritique dans laquelle l'orgasme sécrétoire s'est élevé jusqu'à l'état d'inflammation (2002), qu'il faut combattre directement pour faire cesser les accidents qui ne sont que le résultat de sa présence. C'est en tenant compte à la fois de cette double source d'indications que se règle le traitement rationnel du catarrhe intestinal épiphénoménique des maladies saburrhales et des fièvres gastriques.

2312. Lorsque le catarrhe intestinal se montre dans la période d'augmentation et d'état des maladies assodes avec tout l'ensemble des symptômes inflammatoires parfois si intenses dans les premiers stades de ces maladies, le traitement antiphlogistique est à la fois indiqué par

ces symptômes et par la présence même de la phlogose de la muqueuse du tube digestif. Il faut alors insister sur l'administration des boissons délayantes, sur les applications émollientes sur l'abdomen, sur l'administration des clystères émollients. Les symptômes saburrhaux, quelque prononcés qu'ils soient, ne peuvent jamais alors détourner le médecin de considérer l'importance et la gravité des accidents inflammatoires. Il faut régler toute la thérapeutique sur ces derniers accidents; s'ils sont très prononcés, ils exigent plus qu'une simple médication antiphlogistique expectante ; les émissions sanguines générales, ou au moins les saignées locales à l'anus ou sur les flancs, sont nécessaires. Antonio Augustini a signalé l'utilité de cette médication en rapportant les bons effets qu'il obtenait des applications des sangsues aux vaisseaux hémorrhoïdaux, jointes à l'administration des boissons délayantes, des clystères émollients et laxatifs, dans les cas de diarrhée inflammatoire et de dysenterie qui se montrèrent pendant le cours d'une fièvre bilieuse qui régna dans les états vénitiens de 1747 à 1757 [1].

2313. Lorsque le catarrhe intestinal a été atténué par la médication antiphlogistique, si les symptômes saburrhaux persistent, les indications ne sont plus les mêmes : la curation rationnelle repose principalement sur les moyens propres à combattre l'état saburrhal. La diarrhée et la dysenterie, épiphénoméniques de la maladie assode, après qu'on a réprimé les accidents fébriles et les symptômes d'inflammation abdominale, participent plus dans leur origine de la sécrétion anomale de la muqueuse intestinale que de son état de phlegmasie réel (2008) ; on le voit par la fréquence des évacuations mucoso-bilieuses diarrhéiques et dysentériques qui devient plus grande à mesure que la douleur, la tension du ventre, les coliques, les épreintes, la chaleur de la peau, la soif, etc., diminuent. Le médecin n'a

[1] *Observ. épid.*, *ab anno* 1747 *ad* 1757.

plus alors qu'à se préoccuper du choix des moyens thérapeutiques par lesquels il doit provoquer les évacuations, tout en évitant de produire une trop vive irritation gastro-intestinale. Il faut alors, à l'exemple de Rœderer et Wagler[1], donner la préférence aux évacuants qui ne produisent le vomissement qu'à un degré modéré ou même qui ne provoquent que des nausées. Ces médicaments n'ont pas seulement pour résultat de débarrasser l'appareil gastro-intestinal des saburrhes qui le surchargent, ils ont encore pour effet de ralentir le mouvement péristaltique du tube digestif, de modifier la sécrétion anomale de ses cryptes, et d'opérer par leur action immédiate sur la partie supérieure de l'appareil gastro-intestinal une véritable révulsion de la phlegmasie qui a son siège dans la partie inférieure. Parmi les médicaments qui méritent le plus de confiance pour obtenir ce résultat, l'ipécacuanha est celui que les praticiens s'accordent à préférer; on joint utilement à ce médicament, ou l'on administre après son effet immédiat, les laxatifs doux, qui déterminent l'excrétion par les voies inférieures des produits diacritiques sans être assez actifs pour irriter la muqueuse intestinale : tels sont les purgatifs huileux comme l'huile de ricin, ou les laxatifs acidules comme la décoction de casse ou de tamarin, ou encore les légers purgatifs salins comme une légère dissolution de sulfate de soude ou de magnésie, ou l'eau magnésienne saturée. Stoll a signalé comme un résultat de son expérience clinique l'utilité de cette pratique; il a insisté sur la nécessité de faire précéder l'administration des laxatifs doux de celle des éméto-cathartiques, et de ne prescrire ces médicaments qu'après que les accidents fébriles ont beaucoup perdu de leur intensité[2].

Indication spéciale des opiacés contre les évacuations diarrhéiques et dy-

2314. L'administration des opiacés par la bouche, et mieux encore en lavement, par laquelle on réprime si heureusement les accidents des dysenteries et des diarrhées

[1] *De morbo mucoso*, § IV, p. 87.
[2] *Med. prat.*; trad. de Mahon, t. III, p. 230.

inflammatoires après qu'on a remédié aux symptômes de phlegmasie par le régime et même par les moyens antiphlogistiques proprement dits, n'est indiquée lorsque ces accidents épiphénoméniques coïncident avec les symptômes saburrhaux, qu'après qu'on a eu recours aux évacuants par les vomissements et même par les selles; Stoll[1] et Stork[2] ont insisté sur cette précaution importante dans l'administration des moyens sédatifs. L'effet des opiacés n'a d'autre résultat que de suspendre les évacuations et de diminuer la vivacité des douleurs tormineuses et des épreintes; ces médicaments ne modifient pas rapidement, comme les émétiques et les purgatifs, le mode de sécrétion des organes glanduleux abdominaux; ils laissent le plus souvent subsister la diacrise intestinale quoiqu'ils arrêtent l'expulsion de ses produits. Nous avons vu quelquefois l'administration des opiacés, ainsi intempestivement prescrite, n'avoir d'autre résultat, tout en soulageant temporairement les malades par la diminution du nombre des selles et de la douleur inhérente aux évacuations, que d'augmenter l'intensité des accidents dyspepsiques, et de donner à la maladie plus d'opiniâtreté et une propension marquée à passer à l'état chronique.

sentériques dans les maladies assodes.

2315. On concilie les avantages que procurent les opiacés avec ceux qu'on obtient des évacuants dans la curation des états saburrhaux et des fièvres dyspepsiques compliquées de catarrhes intestinaux diarrhéiques ou dysentériques, en prescrivant les opiacés après l'effet des évacuants pour le limiter dans de justes bornes, et pour faire ensuite cesser les dernières traces d'irritation intestinale. Voici comment nous concevons la méthode thérapeutique qui repose sur cette double source d'indications rationnelles : si les symptômes inflammatoires sont dominants, nous prescrivons les émissions sanguines, les boissons et les clystères dé-

[1] *Med. prat.*, trad. de Mahon, t. II, p. 141.
[2] *Ann. med.*, II, p. 110.

layants, et nous faisons suivre sans interruption ces moyens de l'administration des narcotiques à très faible dose, soit par la bouche, soit de préférence en injection dans le rectum. Dès que les phénomènes inflammatoires sont ainsi calmés, nous administrons l'ipécacuanha en infusion, de manière à provoquer pendant une demi-journée des vomissements peu fréquents, puis, dès le même soir, nous donnons une potion parégorique opiacée, ou un quart de lavement opiacé. Nous réitérons ordinairement sans interruption ces moyens pendant deux ou trois jours de la même manière, et nous abandonnons ensuite la maladie au traitement expectant qui suffit dans la plupart des cas pour obtenir la cessation des accidents. Si ce résultat n'est pas obtenu, et si les phénomènes saburrhaux persistent, nous revenons de nouveau pendant deux ou trois jours à l'administration de l'ipécacuanha, toujours suivie de celle des opiacés.

2316. L'opium n'est le médicament principal indiqué dans les cas d'épiphénomènes diarrhéiques et dysentériques des états saburrhaux et des fièvres gastriques, que lorsque, les symptômes dyspepsiques ayant tout à fait disparu, l'on voit persister des douleurs tormineuses, et surtout des épreintes, avec des évacuations nulles ou presque nulles, et un état d'agitation, de malaise général et de l'agrypnie. Dans ces cas, qui s'observent chez des sujets très irritables, au début de la convalescence des maladies assodes qui ont été compliquées de catarrhe intestinal, l'opium à petites doses par la bouche et en lavement est toujours utile; il n'a d'autre inconvénient que de produire la constipation, qui pourrait devenir, si on la laissait persister, la cause du retour d'un certain degré d'état saburrhal. On met facilement le malade à l'abri de cet inconvénient en lui faisant faire usage, pendant la convalescence, de médicaments faiblement laxatifs réitérés tous les deux jours ou même tous les jours. L'eau

magnésienne saturée, une petite quantité d'électuaire de séné ou de rhubarbe, remplissent parfaitement cette indication.

2317. Les principaux accidents nerveux du tube digestif ou de ses annexes qui surviennent comme épiphénomènes des embarras gastro-intestinaux et des fièvres gastriques bilieuses ou pituiteuses sont la cardialgie, les coliques, la toux gastrique. Ces épiphénomènes ne modifient pas beaucoup la curation rationnelle qui convient à la maladie primitive, mais ils sont par eux-mêmes des causes de souffrances souvent si vives qu'ils exigent que le médecin les combatte par des agents thérapeutiques spéciaux.

Énumération des principaux accidents nerveux du tube digestif qui fournissent des indications spéciales quand ils surviennent comme épiphénomènes des maladies dyspepsiques.

2318. La douleur d'estomac est un symptôme habituel de la plupart des maladies saburrhales et des fièvres dyspepsiques; elle est le plus ordinairement d'une intensité modérée; elle n'est souvent pas continue; dans beaucoup de cas elle ne se manifeste qu'après l'ingestion des aliments ou des boissons, et ne se décèle que lorsqu'on exerce une pression exploratrice sur l'épigastre. Tant qu'elle n'excède pas ce degré d'intensité, la cardialgie ne peut être considérée comme un épiphénomène des dyspepsies nidoreuses ou des fièvres assodes qui puisse fournir par elle-même des indications thérapeutiques spéciales.

Importance de la cardialgie épiphénoménique des dyspepsies nidoreuses et des fièvres assodes comme source d'indication spéciales.

Lorsqu'elle se montre sous la forme d'une douleur érodante à l'épigastre, revenant par paroxysmes plus ou moins fréquents, lorsqu'elle est portée au point de briser instantanément les forces du malade, de provoquer une décomposition subite des traits du visage, la décoloration générale des téguments, une sueur froide aux tempes, la faiblesse extrême du pouls, les syncopes imminentes; une anxiété excessive, en un mot, tous les accidents que l'on désigne vulgairement sous le nom de crampes d'estomac, la cardialgie constitue un des épiphénomènes les plus pénibles des maladies des voies digestives auquel le médecin doit attacher une grande importance. La cardialgie avec tous

ces symptômes est un des accidents les plus fréquents et les plus pénibles des dyspepsies nidoreuses chroniques.

2319. Les moyens thérapeutiques qui doivent être adoptés contre les accidents cardialgiques sont destinés à remédier aux douleurs pendant qu'elles se font sentir et à prévenir leur retour ou leur imminence dans leurs intervalles.

Des moyens thérapeutiques indiqués pour faire cesser les douleurs cardialgiques épiphénoméniques des maladies associées.

2320. Pendant la durée des douleurs cardialgiques on doit se proposer d'agir sur l'estomac par des remèdes sédatifs et antispasmodiques, et sur les surfaces tégumentaires par des moyens qui sont propres à stimuler vivement leur sensibilité pour faire cesser par dérivation l'irritation nerveuse intense dont l'estomac est le siège.

2321. Parmi les médicaments sédatifs propres à faire cesser l'irritation nerveuse de l'estomac qui se montre accidentellement pendant le cours des maladies dyspepsiques, celui qui se présente le premier à l'esprit est l'opium, à cause de sa propriété de stupéfier la sensibilité des organes sur lesquels on l'applique. « La nécessité, dit Stahl, force d'administrer les anodins et les narcotiques, quand la douleur cardialgique est si intense qu'elle porterait presque le malade à tenter de se détruire[1]. » On obtient en effet assez souvent de l'administration de ce médicament, sinon la cessation complète des douleurs gastriques, au moins une diminution dans leur intensité et surtout dans l'état général de collapsus de toutes les fonctions qu'elles provoquent. L'expérience apprend que pour obtenir rapidement ce résultat, qu'il est toujours urgent de provoquer à cause de la vivacité extrême des accidents, l'opium seul est souvent insuffisant, il faut le joindre à des antispasmodiques stimulants diffusibles. Nous ne connaissons pas de remède qui ait plus d'efficacité que le mélange de l'éther sulfurique et de la teinture thébaïque de Sydenham; l'éther n'est pas seulement dans ce cas utile comme adjuvant de l'opium, il suffit quelquefois seul pour calmer la cardial-

[1] *Dissert. de cardialgia*, § 53.

gie saburrhale. L'infusion aromatique de menthe est encore dans ces cas un excipent utile de l'opium dont Heister a constaté les bons effets[1]. Aëtius conseillait de recourir à la thériaque[2], préparation officinale dans laquelle l'opium se trouve joint à des médicaments stimulants et toniques.

Pendant qu'on ingère ainsi dans l'estomac des médicaments nervins et narcotiques, l'application sur les extrémités de topiques rubéfiants comme les cataplasmes sinapinés, l'application sur la peau du tronc, du ventre et de la partie supérieure des membres de liniments stimulants, de teintures aromatiques ou même seulement de frictions sèches faites avec des linges ou des flanelles chauffées, concourent puissamment à rendre à la circulation son activité et à faire cesser la faiblesse du pouls, et ce mouvement de concentration provoqué par la vivacité de la douleur d'estomac qui enchaîne et stupéfie pour ainsi dire toutes les grandes fonctions organiques.

2322. Le médecin appelé à remédier aux accidents d'une vive cardialgie survenue pendant le cours d'une affection saburrhale ou d'une fièvre gastrique, ne doit pas se borner à la médication que nous venons d'indiquer, laquelle n'est pratiquée que dans le but de faire cesser les douleurs vives de l'estomac; il doit s'enquérir avec soin des causes occasionnelles qui ont pu provoquer cet épiphénomène pour en prévenir le retour.

Des moyens thérapeutiques indiqués pour prévenir les symptômes cardialgiques dans les maladies assodes.

2323. La cardialgie est souvent déterminée par l'ingestion d'aliments dont la coction gastrique est rendue impossible par l'état morbide saburrhal dans lequel se trouve l'estomac; elle est souvent le résultat de la suspension de la chymification des aliments par suite de l'ébranlement occasionné par des causes accessoires parmi lesquelles les commotions morales tiennent le premier rang. Dans ces cas la vive douleur d'estomac n'est que le symptôme

[1] *In observ. vernacula lingua edit.*; Obs. 9.

[2] *Tetrab.* IV, *serm.* I, c. 96.

d'une véritable indigestion ; elle est quelquefois le premier phénomène de l'invasion de la dyspepsie nidoreuse, et pendant le cours d'un état saburrhal, elle est souvent le premier symptôme de l'exacerbation de la maladie, qui va passer à l'état de fièvre gastrique bilieuse ou muqueuse. La cardialgie ainsi provoquée a pour remède immédiat, presque toujours efficace, l'évacuation de l'estomac par le vomissement. L'opium administré en ces circonstances à dose élevée peut prévenir cette évacuation et devenir ainsi un moyen nuisible; F. Hoffmann a insisté avec raison sur cette circonstance pour conseiller au lieu des opiacés dans ces cas l'administration des vomitifs doux[1]. Cet effet fâcheux n'arrive pas quand on joint l'opium à dose modérée à des stimulants diffusibles comme l'éther ou les infusions aromatiques prises chaudes. Le plus souvent le premier effet de ce médicament, qui diminue l'acuité de la douleur et relève les forces du malade, est suivi immédiatement de vomissements spontanés qui débarrassent l'estomac des matières qui le surchargent. Pour provoquer cet effet désirable il faut administrer au malade des boissons tièdes aromatiques en grande quantité, telles qu'une infusion légère de camomille ou de mélisse. Si le vomissement ne survient pas par ces moyens, dès que la douleur gastrique perd de son intensité et surtout dès que le pouls prend plus de développement et que l'anxiété du malade se calme, il est indiqué de provoquer immédiatement le vomissement par l'administration d'un vomitif doux tel que l'eau salée ou une faible dissolution de tartre stibié dans une grande quantité de liquide aromatique tiède.

2324. La cardialgie survenant sans cause accessoire dans le cours des maladies saburrhales, cède ordinairement aux mêmes moyens que celle qui se rapporte aux cas où l'estomac se trouve accidentellement surchargé de substances alimentaires trop abondantes, ou de mauvaise qualité.

[1] *Med. ratio. syst.*, etc., t. IV, part. II, sect. II, cap. II, p. 257 et sqq.

Seulement dans cette cardialgie il est indiqué d'une manière moins urgente de provoquer le vomissement, quoique souvent cette excrétion par la voie supérieure de matières bilieuses et saburrhales soit encore utile non seulement pour faire cesser définitivement la douleur d'estomac mais aussi pour prévenir son retour en débarrassant le tube digestif. Si donc les vomissements s'établissent par suite de la douleur cardialgique, le médecin doit se garder de les supprimer; il est au contraire indiqué de les favoriser par l'administration de boissons tièdes. Il serait alors dangereux d'insister sur l'administration de l'opium qui arrêterait les vomissements et retiendrait dans l'estomac les matières saburrhales dont il est si important qu'il soit débarrassé. Si cependant les vomissements se reproduisent avec trop d'intensité on les modère par de faibles doses d'opium après qu'ils ont été assez abondants pour débarrasser l'estomac des produits saburrhaux qui le surchargeaient et dont la présence a provoqué l'explosion de la cardialgie [1].

2325. L'invasion de la cardialgie se reproduit quelquefois dans les fièvres assodes rémittentes au début de chaque paroxysme, exactement de la même manière que les douleurs névralgiques périodiques qui constituent certaines formes de fièvres larvées. Les moyens thérapeutiques applicables à ces attaques périodiques de cardialgie sont encore dans ces cas les potions narcotiques aromatisées dans lesquelles on introduit presque toujours avec utilité l'éther sulfurique

[1] Willis a bien exposé les règles de cette pratique et les indications rationnelles sur lesquelles elle repose, dans le passage suivant : « *Quod spectat ad » humores recrementitios intra ventriculum aut intestina accumulari soli- » tos, hos per vomitum aut secessum subduci et expurgari oportet, prius- » quam opiatum propinatur; secus enim illic defixi pertinacius hærebunt. » Quippe fibræ splanchnicæ a pharmaco stupefactæ non uti prius irritantur, » nec recrementio illis expellendis spasmos excretorios facile ineunt, aut » vegete perficiunt : quare si quid evacuandum fuerit, ante pharmacum » narcoticum, evacuetur.* » (*Pharma. rat.*, part. I, sect. VII, cap. II, p. 193.)

ou la liqueur anodine d'Hoffmann. L'administration des antipériodiques que le retour régulier de la cardialgie et des paroxysmes fébriles conduit à prescrire n'a aucune utilité; le plus souvent même ces médicaments augmentent la cardialgie comme les symptômes propres de la fièvre rémittente, quand on n'a point d'abord fait cesser la diacrise saburrhale primitive du tube digestif et de ses glandes annexes.

Indications spéciales fournies par la cardialgie accidentellement provoquée par les émétiques.

2326. L'administration des vomitifs actifs est quelquefois suivie, chez les sujets irritables, de la manifestation de vives douleurs cardialgiques, qui coïncident avec les efforts de vomissements (2197); ces douleurs intenses, accidentellement provoquées par l'action des émétiques sur l'estomac, imposent au médecin de ne donner ces médicaments qu'avec prudence chez les sujets irritables et de joindre à leur ingestion une grande quantité de boissons qui rendent les vomissements plus faciles et évitent ainsi au malade des efforts pénibles et quelquefois infructueux; il est indiqué aussi dans ces cas de modérer les efforts de vomissements et de remédier à la douleur d'estomac qu'ils provoquent par l'administration des potions parégoriques qui doit être faite dès que l'effet émétique du médicament est obtenu. L'opium est encore, dans ce cas, le médicament sur lequel il faut le plus compter. Son effet utile est également aussi plus assuré quand on l'unit à des médicaments antispasmodiques et stimulants tels que l'éther sulfurique, l'infusion de mélisse ou de feuilles d'oranger et surtout l'infusion de valériane.

Moyens thérapeutiques propres à prévenir la cardialgie imminente dans les maladies dyspepsiques.

2327. Il ne suffit pas dans les maladies saburrhales de remédier aux accidents de la cardialgie lorsqu'ils existent, il faut prévenir l'invasion de ces accidents épiphénoméniques. Comme c'est dans l'état morbide constitutif de la maladie assode affectant les premières voies que se trouve la cause première de la gastralgie, c'est à cet état morbide qu'il est indiqué de remédier; l'on y parvient par les moyens théra-

peutiques qui s'appliquent directement à la curation de la dyspepsie nidoreuse; il faut seulement modifier ces moyens et leur mode d'administration de manière à n'agir qu'avec prudence sur l'irritabilité de l'estomac. Ainsi s'il est indiqué de recourir aux vomitifs, il faut les administrer dans une grande quantité de véhicule, en favoriser les effets par des boissons abondantes, et modérer ensuite les résultats de leur action sur l'estomac par les parégoriques. Si les purgatifs sont indiqués, il faut ne les administrer qu'à faibles doses, en ayant soin de faire choix de médicaments purgatifs peu irritants et qui n'agissent que faiblement sur les voies gastriques. Le choix de ces substances est souvent assez embarrassant : les purgatifs acidules comme la crême de tartre, les tamarins, la pulpe de casse, occasionnent très souvent la cardialgie, principalement chez les jeunes sujets irritables, ou chez ceux qui ont souvent éprouvé des douleurs d'estomac, ou dont les digestions sont ordinairement pénibles, ou qui sont d'une constitution lymphatique et détériorée. Les purgatifs huileux ont fréquemment le même inconvénient; ils sont de plus, dans la plupart des cas, la cause d'une surcharge de l'estomac qui provoque des vomissements par une indigestion véritable. Le calomélas uni à une petite quantité d'opium destiné à modérer son action sur l'estomac, est un des purgatifs les plus sûrs et les plus utiles dans ces cas; l'eau magnésienne saturée, la dissolution de sulfate de magnésie ou de soude dans l'eau gazeuse, sont encore des médicaments auxquels on peut recourir avec avantage. L'infusion de rhubarbe jointe à un sirop purgatif comme le sirop de chicorée composé, ou le sirop de fleurs de pêcher, ou le sirop de nerprun, occasionne rarement des douleurs cardialgiques, et satisfait très bien à l'indication de provoquer des évacuations alvines lorsqu'elles sont nécessitées par la maladie saburrhale. Dans tous les cas où l'on a recours à ces médicaments, dès qu'on peut redouter

la cardialgie il ne faut jamais manquer d'administrer, comme le faisait Sydenham, une potion parégorique quelques heures après l'ingestion du purgatif.

Parmi les purgatifs il en est un qui est fort usité depuis quelques années et qui est préconisé presque exclusivement à tous les autres purgatifs par de mauvais praticiens, nous devons le signaler parce que plus que tout autre il expose aux cardialgies, et parce qu'il suffit pour provoquer ces accidents lorsqu'on l'administre contre les embarras gastro-intestinaux où les cathartiques sont le mieux indiqués: c'est l'huile de crotum tiglium, médicament drastique qui irrite au plus haut degré les organes digestifs, qui même n'a pas un effet purgatif aussi constant que son effet topique irritant sur le tube digestif.

2328. L'administration des cathartiques n'est pas seulement indiquée dans les maladies assodes compliquées de cardialgie par la condition pathologique de l'état saburrhal gastrique ou gastro-intestinal; elle l'est aussi par la présence de la cardialgie elle-même. Cet accident survient fréquemment avec les symptômes prononcés de l'embarras gastrique et surtout gastro-intestinal lorsque les évacuations alvines sont en même temps supprimées; les purgatifs choisis parmi les laxatifs non irritants font alors cesser la cardialgie, en remédiant à la constipation et en déterminant la diarrhée critique de l'état saburrhal. L'eau magnésienne saturée, la dissolution gazeuse de sulfate de magnésie, le calomélas à petites doses, sont dans ces cas les meilleurs médicaments cathartiques.

2329. Lorsque la cardialgie se reproduit fréquemment pendant le cours de la maladie dyspepsique, elle est souvent due à l'impression exercée sur le tube digestif par des médicaments qui se trouvent mal appropriés à sa susceptibilité. Ainsi l'ingestion continue des boissons acidules est pour quelques malades la cause immédiate de ces accidents cardialgiques; l'ingestion de boissons rendues gazeuses par

l'acide carbonique a quelquefois le même résultat. Il faut dans ces cas remplacer ces boissons par des tisanes insipides et même quelquefois par des tisanes alcalines; l'administration de l'eau pure ou d'une simple infusion de fleurs de guimauve alcalisée en y mêlant une petite quantité de magnésie décarbonatée ou de bicarbonate de soude, suffit souvent alors pour faire cesser la douleur cardialgique.

2330. La persistance ou le renouvellement fréquent des douleurs cardialgiques, si souvent observées dans les dyspepsies nidoreuses chroniques, exigent que l'on ait recours, tout en remédiant par les moyens appropriés aux accidents saburrhaux, à des agents thérapeutiques propres à calmer directement l'irritabilité de l'estomac. Parmi ces agents thérapeutiques, nous n'en connaissons pas qui mérite plus de confiance que le sous-nitrate de bismuth administré à la dose de soixante à cent centigrammes en trois ou quatre prises chaque jour. Nous unissons souvent à ce médicament l'extrait aqueux thébaïque desséché à la dose de cinq à dix centigrammes. La poudre tempérante de Stahl nous a souvent réussi dans les mêmes circonstances; nous la joignons souvent, comme le sous-nitrate de bismuth luimême, à l'électuaire de rhubarbe et quelquefois à une petite quantité de rhubarbe en poudre. Il est rare que par l'emploi méthodique de ces remèdes on ne débarrasse pas le malade de la cardialgie épiphénoménique, sans déterminer d'aggravation dans les symptômes saburrhaux qui fournissent toujours les indications capitales pour la curation des maladies assodes.

Inutilité des émissions sanguines contre les cardialgies épiphénoméniques des maladies dyspepsiques.

2331. Nous n'avons point mentionné les émissions sanguines parmi les moyens indiqués pour les épiphénomènes cardialgiques qui surviennent dans le cours des états saburrhaux ou des fièvres gastriques; c'est que ces accidents, qui ne sont point inflammatoires, n'indiquent jamais par eux-mêmes la prescription des saignées. Tout au plus parvient-on à obtenir la diminution de la cardialgie épiphé-

noménique par quelques émissions sanguines à l'anus chez les sujets hémorrhoïdaux dont le flux sanguin habituellement considérable s'est suspendu, ou chez des femmes pléthoriques dont la menstruation est accidentellement interrompue. Ce n'est point dans ces cas de la présence de la cardialgie que se déduit l'indication des émissions sanguines; elle ne se déduit pas davantage de cet épiphénomène dans les cas de fièvres gastriques intenses, dans lesquelles les émissions sanguines sont indiquées par l'état de phlogose du tube digestif ou de quelque autre viscère; il est même important de remarquer que dans ces cas la cardialgie s'observe assez rarement, et que lorsqu'elle survient elle résiste le plus souvent à l'effet immédiat des émissions sanguines.

Circonstances dans lesquelles les douleurs tormineuses fournissent des indications spéciales dans le cours des maladies dyspepsiques.

2332. Les douleurs tormineuses se manifestent ordinairement dans les maladies assodes quand les accidents dyspepsiques ont la forme spéciale des embarras intestinaux; elles se montrent aussi assez souvent dans ces maladies au moment où des évacuations alvines diarrhéiques se préparent, et en quelque sorte comme prodrome de ces évacuations. Tant qu'elles sont ainsi modérées, les coliques ne sont pas de véritables épiphénomènes des maladies assodes; elles n'exigent d'autre médication que celle qui se trouve indiquée pour la maladie primitive. Ces coliques deviennent des épiphénomènes tranchés, dès qu'elles ont une vive intensité et qu'elles exercent sur toute l'économie l'influence déprimante de toutes les douleurs vives, et principalement de toutes les douleurs abdominales intenses; c'est alors qu'elles doivent être combattues par une médication spéciale.

Conditions morbides inhérentes à la manifestation des coliques qui surviennent pendant le cours des maladies dyspepsiques et d'où

2333. Les coliques épiphénoméniques des maladies assodes se manifestent dans deux conditions morbides qui indiquent des moyens thérapeutiques différents. Tantôt elles coïncident avec des symptômes, sinon de phlegmasie abdominale, au moins d'irritation vive du tube digestif, tels

que la tension et la rénitence de l'abdomen devenu douloureux à la pression, de la soif, la sécheresse de la bouche, de l'ardeur à la gorge, de la constipation et des selles liquides accompagnées d'épreintes; telle est la colique quelquefois très vive revenant par intervalles rapprochés, que l'on observe fréquemment dans les fièvres bilieuses intenses, élevées quelquefois jusqu'au degré de fièvres ardentes. D'autres fois, et c'est le cas le plus fréquent, les coliques se produisent quand les symptômes dyspepsiques sont très prononcés; elles consistent alors dans des douleurs tormineuses occupant la région sous-ombilicale et surtout le flanc gauche; le ventre est mou et indolent à la pression; ou il présente plusieurs fois dans la journée des alternatives de tension et de relâchement dans ses parois; le malade est ordinairement resserré, ou bien il survient des selles liquides, bilieuses, mucoso-bilieuses jaunes verdâtres, extrêmement fétides, avec des épreintes et de l'ardeur à l'anus. L'anorexie est complète, la langue est jaunâtre et même couverte d'une couche saburrhale, les malades ont des éructations amères et nidoreuses, souvent des nausées et quelquefois des vomissements bilieux; les douleurs tormineuses provoquent une anxiété très vive, de l'agitation, de l'insomnie, des pleurs involontaires, des vertiges, une vive douleur céphalalgique occupant la région sus-orbitaire, et plus fréquemment le synciput. Cette dernière forme des coliques s'observe plus fréquemment dans les simples embarras gastro-intestinaux que dans les fièvres assodes; elle se montre cependant assez souvent dans les fièvres assodes éphémères et dans les fièvres rémittentes bilieuses, particulièrement à la fin des paroxysmes et dans leurs intervalles.

se déduisent des indications curatives spéciales.

2334. Schmidtmann a bien distingué les deux formes de coliques dont nous venons d'indiquer succinctement les symptômes. Il a signalé l'indication précise de recourir aux antiphlogistiques, et même aux émissions sanguines pour

Des moyens thérapeutiques qui sont indiqués spécialement suivant les différentes formes des coli-

ques épiphénoméniques des maladies dyspepsiques.

celles de ces coliques qui se présentent avec des symptômes de phlogose ou au moins d'irritation du tube digestif, et la nécessité de traiter par les évacuants la deuxième forme de cet épiphénomène spécialement caractérisée par la prééminence des symptômes saburrhaux [1]; l'expérience clinique justifie entièrement ces préceptes de thérapeutique rationnelle.

Lorsque les coliques épiphénoméniques se produisent avec les symptômes d'irritation inflammatoire des intestins, ou même lorsqu'elles surviennent à la période et avec les accidents des fièvres assodes qui indiquent les émissions sanguines (2241 *et sqq.*), leur présence ne fait que fortifier l'indication ; la saignée générale est ordinairement alors suivie d'une diminution rapide des accidents tormineux. Si les symptômes généraux n'indiquent pas ou même contr'indiquent la saignée générale, il faut prescrire les saignées locales pratiquées à l'anus ou sur les flancs ; en secondant les effets utiles de ces moyens par les applications émollientes sur le ventre, par l'administration des boissons délayantes et par les clystères émollients. L'effet immédiat de ces moyens est ordinairement de diminuer les douleurs tormineuses ou au moins de leur faire perdre l'aspect inflammatoire qu'elles présentent ; si elles persistent ensuite, elles ont les caractères d'un épiphénomène lié à la présence de l'embarras gastrique ou gastro-intestinal qui n'exige plus la médication antiphlogistique, qui même est ordinairement exaspéré par cette médication.

La curation des coliques épiphénoméniques des maladies saburrhales, dégagées de la coïncidence des accidents inflammatoires, est celle qui convient aux simples dyspepsies nidoreuses ; elle consiste spécialement dans l'administration méthodique des évacuants des premières voies. Parmi ces évacuants, ceux qui conviennent le mieux sont les cathartiques doux, dont on doit continuer

[1] *Summa, obs, trig, anor.*, etc., t. IV, p, 425 et sqq.

l'usage pendant plusieurs jours; telles sont, par exemple, les dissolutions de sulfate de soude et de magnésie à petites doses, les infusions de séné et de rhubarbe, les dissolutions de manne, etc. Quand ces symptômes saburrhaux, qui coïncident avec l'épiphénomène tormineux, ont plus spécialement les caractères des symptômes de l'embarras gastrique, il est souvent nécessaire de recourir à l'administration d'un émétique, tel que celui qu'on prépare avec le tartre stibié à petite dose, ou mieux encore avec la racine d'ipécacuanha en infusion. On fait le plus souvent cesser presque instantanément les coliques par l'administration de ces médicaments; mais si l'on veut obtenir la guérison complète, il importe de faire succéder au vomitif l'administration des cathartiques, continuée ou au moins réitérée à de courts intervalles pendant plusieurs jours. Sans cette précaution les évacuations alvines déterminées par le vomitif, se suspendent ordinairement dès le lendemain de son effet, et le retour des coliques, coïncidant alors avec les symptômes de l'embarras intestinal, ne tarde pas à se produire. Stoll n'hésitait pas dans ces cas là à réitérer l'administration des éméto-cathartiques dès qu'il voyait les accidents tormineux se renouveler. Il a rapporté des faits qui prouvent les heureux résultats de cette pratique [1].

2335. Il n'est pas très rare d'observer, particulièrement chez les enfants, des affections saburrhales pendant le cours et même durant la convalescence desquelles les coliques bilieuses se reproduisent plusieurs fois, et cèdent chaque fois à l'administration des cathartiques doux, à laquelle on est obligé de revenir par intervalles pendant plusieurs semaines.

Indications et contr'indications des narcotiques contre les coliques épiphénoméniques des maladies dyspepsiques.

2336. L'administration des narcotiques, et spécialement de l'opium, se présente naturellement à l'esprit quand on est appelé auprès d'un malade en proie aux vives douleurs tormineuses qui se manifestent comme épiphé-

[1] *Med. prat.*, trad. de Mahon, t. II, p. 127 et 131, obs. 14 et 15.

nomène dans le cours des maladies assodes. Les effets immédiats de cette médication sont, dans la plupart des cas, suivis d'une suspension des douleurs, mais il faut peu compter sur ce résultat; la colique ne tarde pas à reparaître, et le plus souvent elle se reproduit avec une intensité plus grande que dans les attaques précédentes. Les narcotiques n'ont d'autre effet dans ces cas que de diminuer la douleur en émoussant la sensibilité du tube digestif; ils ne remédient point à la condition morbide primitive dont la colique n'est que le résultat; nous voulons parler de l'état saburrhal; ils sont même souvent nuisibles en suspendant la liberté des évacuations alvines, aussi n'est-il pas rare de voir la douleur tormineuse se reproduire après leur effet palliatif avec une intensité qui ne s'était pas montrée dans les premières attaques. Ainsi intempestivement administrés les narcotiques produisent le plus souvent une augmentation dans les symptômes saburrhaux; l'anorexie devient plus complète et la saveur amère de la bouche plus prononcée; la cardialgie se manifeste avec plus d'intensité; le malade a des vomissements de bile érugineuse; la céphalalgie devient plus vive, les malades sont souvent pris de vertiges et tombent dans une anxiété continuelle qu'ils n'éprouvaient pas auparavant. Toutes ces circonstances doivent imposer une grande réserve dans la prescription des narcotiques pendant le cours des maladies assodes, même lorsque les douleurs tormineuses sont d'une extrême intensité. Si l'on est quelquefois obligé d'y avoir recours, il faut soumettre immédiatement les malades à l'usage des potions laxatives; il devient surtout nécessaire de prescrire l'éméto-cathartique dès que l'intensité extrême des douleurs tormineuses a été diminuée par le narcotique.

Des boissons et des régimes indiqués par la présence des coliques épiphénoméniques des maladies assodes.

2337. Le choix des tisanes à prescrire aux malades atteints de maladies saburrhales dont les coliques intenses sont l'épiphénomène dominant, comme le régime alimentaire qu'il faut administrer dès que le rétablissement des

fonctions digestives permet de le faire, exigent beaucoup d'attention. Les tisanes acidules et les boissons formées de substances qui s'acidifient facilement, sont alors nuisibles; il en est de même des aliments végétaux acides ou du lait et des aliments dont il constitue la base; il suffit souvent de substituer aux tisanes acides des tisanes alcalines pour voir cesser les coliques. Ainsi, les boissons alcalisées avec le bicarbonate de soude ou avec l'eau de chaux en petite quantité, ou seulement les boissons aqueuses peu chargées de mucilage ou de matières sucrées, ou encore des tisanes légèrement aromatiques, comme une très légère infusion de mélisse, de fleurs de camomille, ou une très légère infusion d'angélique, font quelquefois disparaître les douleurs tormineuses pourvu que l'emploi de ces moyens soit joint à l'administration d'une potion laxative. L'eau magnésienne saturée nous a toujours semblé un des médicaments dont on obtient dans ces cas les meilleurs effets.

2338. Les douleurs tormineuses épiphénoméniques des affections saburrhales sont vivement influencées par les conditions thermométriques et hygrométriques de l'atmosphère. Il importe beaucoup d'entretenir autour des malades une température élevée et sèche, qui donne de l'activité à toutes les exhalations; on a même recours utilement à des applications stimulantes sur la peau qui rendent plus active l'exhalation cutanée insensible, telles que les frictions sèches et aromatiques, l'application de vêtements de laine sur tout le corps, etc. Il est aussi très important de mettre ces malades à l'abri de toutes les influences morales qui peuvent ébranler l'organisme, d'autant plus que les douleurs tormineuses surviennent souvent pendant le cours des maladies saburrhales sous l'influence des ébranlements du système nerveux.

2339. Quand la convalescence est troublée par le retour des douleurs tormineuses, il importe de faire continuer

Indications spéciales résultant de la présence

des coliques épiphénoméniques qui persistent dans la convalescence des maladies assodes.

l'usage des boissons alcalisées, et de prescrire l'usage des aliments secs, de digestion facile, qui ont en même temps une action analeptique et légèrement tonique. Nous recommandons alors l'usage des viandes blanches grillées et rôties, et des boissons vineuses mélangées avec des eaux minérales alcalines, comme l'eau de Vichy ou de Chateldon. Quand la convalescence est confirmée, surtout lorsqu'il s'agit de sujets lymphatiques dont la peau est blafarde et peu perméable, nous prescrivons, à l'exemple de Stoll, des boissons amères légèrement toniques, comme une légère infusion d'écorce de quinquina, ou de racine de valériane ou de fleurs d'arnica.

Des différents modes de rapport de la toux épiphénoménique avec les maladies des premières voies considérés comme source des principales indications thérapeutiques.

2340. La toux qui se manifeste pendant le cours des affections saburrhales et des fièvres dyspepsiques ne peut plus aujourd'hui, au moins pour la plupart des cas dans lesquels elle a été signalée par les médecins du dernier siècle, être considérée comme un simple phénomène sympathique de l'affection des premières voies. Il suffit de lire attentivement les observations cliniques qui ont été recueillies et publiées sur cet accident, pour reconnaître qu'il n'est souvent que le symptôme d'une maladie des organes de la respiration développée pendant le cours, et quelquefois par l'effet même des causes de la maladie gastro-intestinale. Ces observations, et celles de Stoll en particulier[1], montrent cependant aussi l'influence incontestable exercée sur les organes de la respiration par l'embarras des premières voies, et la nécessité de s'occuper spécialement de cette dernière affection pour combattre méthodiquement l'état anomal des poumons et de leurs annexes, dont la toux est le phénomène le plus prononcé.

Finke a distingué cinq espèces de toux gastrique qui retracent exactement les divers modes de connexion de la toux avec les accidents abdominaux. Ainsi, il a considéré: 1° la toux qui ne se montre que dans les exacerbations des

[1] *Med. prat.*, trad. de Mahon, t. II, p. 171.

fièvres rémittentes gastriques; 2° celle qui persiste dans les intervalles de ces exacerbations, mais qui s'aggrave avec elles; 3° celle qui n'est que le symptôme d'un catarrhe pulmonaire qui se manifeste pendant le cours de la fièvre bilieuse; 4° la toux qui survient comme symptôme de la fièvre catarrhale bilieuse; 5° la toux qui se manifeste souvent avec fièvre ou plus fréquemment sans fièvre [1]. Nous ne devons pas présenter ici toutes les indications qui découlent de la présence de la plupart des espèces de toux que Finke énumère; ainsi nous n'avons point à nous occuper en ce moment de la toux qui se montre dans les maladies gastriques, et qui est liée comme symptôme à une affection thoracique, les exacerbations et les rémissions qu'elle peut subir sous l'influence de la maladie abdominale, dépendent du rapport qui peut exister entre cette dernière affection et l'état morbide des organes de la respiration dont la toux n'est qu'un symptôme; nous n'avons à signaler ici que les indications spéciales qui se rattachent à la présence de la toux qui survient dans quelques affections saburrhales ou pyrétiques, sans qu'on reconnaisse dans les organes respiratoires de maladie appréciable, soit qu'elle ne se montre que comme épiphénomène de la maladie dyspepsique comme dans les modes 1, 2 et 4 de Finke, soit qu'elle précède l'état saburrhal et la fièvre dyspepsique comme dans le 5e mode indiqué par l'épidémiographe du Tecklembourg. Cette toux épiphénoménique des maladies assodes est toujours sèche, peu intense et plus fatigante pour les malades par sa répétition que par sa violence; elle ne coïncide le plus souvent qu'avec les symptômes de l'embarras gastrique proprement dit; nous ne l'avons au moins jamais rencontrée avec les seuls symptômes de l'embarras intestinal.

2341. La présence de la toux gastrique indique spécialement l'administration des émétiques; elle disparaît si

Indications spéciales fournies par la présence

[1] *De feb. bilio. anom.*, etc., p. 140.

de la toux gastrique. facilement par leur effet immédiat, que nous ne pensons pas qu'il y ait à hésiter, quand elle existe, sur la prescription de ces médicaments, à moins de contr'indication résultant d'autres accidents morbides.

La toux épiphénoménique s'observe dans les embarras gastriques quelquefois peu prononcés, et surtout à la fin des dyspepsies nidoreuses, et dans les embarras gastriques qui tendent à passer à l'état chronique dans beaucoup de cas où le peu d'intensité et même l'évidence équivoque des symptômes dyspepsiques laissent de l'incertitude sur la nécessité d'administrer les évacuants. Stahl avait signalé ces cas et n'hésitait pas à considérer les sédatifs et spécialement les opiacés prescrits alors pour remédier à la toux, comme propres à faire passer l'état morbide de l'estomac à la forme chronique de la fièvre lente gastrique[1] (1805 *et sqq.*).

Quand la maladie abdominale a définitivement pris cette forme chronique, la toux persiste d'ordinaire avec les symptômes dyspepsiques, et l'on ne parvient pas toujours par la seule médication évacuante à faire cesser soit les symptômes dyspepsiques, soit la toux épiphénoménique; il est le plus souvent indispensable de revenir plusieurs fois à l'administration des émétiques, et de faire succéder à l'emploi de ces médicaments la prescription des purgatifs réitérés et d'un régime tonique, ou au moins analeptique prolongé. L'altération prolongée des digestions et les modifications des sécrétions gastro-intestinales jointes à la toux exercent une grande influence sur l'organisme dont les effets se montrent surtout par l'amaigrissement et la débilité extrême dans lesquelles se trouvent les malades, par la pâleur générale et par la langueur de toutes les fonctions organiques. On ne peut espérer que les fonctions sécrétoires des cryptes mucipares et des glandes annexes du tube digestif, altérées depuis longtemps et à un haut degré,

[1] *Dissert. de impost. opii*, § 24.

reviendront rapidement aux conditions physiologiques.

La médication la plus efficace, dans les cas de maladies dyspepsiques chroniques avec toux, peut être ainsi formulée : après l'administration initiale d'un vomitif préparé avec l'ipécacuanha, il faut soumettre le malade à l'usage d'une boisson alcaline gazeuse que l'on mêle souvent avec avantage à une infusion de quinquina, ou de fleurs d'arnica, ou de racine de valériane. Nous faisons continuer sans interruption l'usage de cette tisane, nous administrons tous les deux ou trois jours une potion laxative ou même éméto-cathartique, comme celle qui se compose avec une infusion légère d'ipécacuanha et de rhubarbe ou de séné. Nous faisons, pendant ce temps-là, pratiquer sur tout le corps du malade des frictions stimulantes avec une brosse ou avec une flanelle imprégnée de vapeurs de benjoin ou d'encens. Nous administrons en même temps, à doses de plus en plus grandes en suivant les progrès du rétablissement des fonctions digestives, des aliments analeptiques composés de viandes grillées et rôties, d'œufs frais, de poissons blancs; et pour boisson aux repas des eaux alcalines gazeuses mélangées avec du vin ou avec une infusion aromatique légèrement stimulante, comme l'infusion de sauge ou de fleurs de camomille.

Le rétablissement des malades s'obtient en général en huit à dix jours par cette médication; on n'y parvient pas, ou au moins l'on n'y arrive qu'avec une extrême lenteur, si l'on se préoccupe trop de la toux épiphénoménique, au point de la rapporter à un état d'irritation du poumon, et si l'on se laisse aller d'après cette crainte mal fondée à tenir le malade à l'usage d'une médication délayante et à un régime alimentaire débilitant. Les aliments laiteux, que nous avons vu souvent prescrire en pareil cas, nous semblent éminemment propres à entretenir et souvent à exaspérer la maladie saburrhale chronique, et avec elle la toux qu'elle occasionne.

(*b*.) De la curation rationnelle des épiphénomènes des affections saburrhales et des fièvres assodes qui n'ont qu'un rapport médiat et comme secondaire avec les désordres fonctionnels qui appartiennent à ces maladies.

Division des épiphénomènes des maladies assodes qui n'ont pas de rapport immédiat avec la maladie gastro-intestinale.

2342. Les épiphénomènes des affections saburrhales et des fièvres assodes, dont nous devons établir maintenant la thérapeutique, n'ont pas leur siège immédiat dans le tube digestif; ils n'ont par leur nature aucun rapport direct appréciable avec l'affection gastro-intestinale qui constitue les maladies assodes. L'observation a seule fait reconnaître qu'ils se développent consécutivement à cette affection, et qu'ils sont subordonnés à son intensité, à ses différentes formes, et aux modifications qu'elle subit à ses diverses périodes. Nous allons parler successivement de ces épiphénomênes, sous le point de vue des indications thérapeutiques spéciales qui s'y rapportent, en les classant d'après leur nature en épiphénomènes congestionnels ou hémorrhagiques, en épiphénomènes inflammatoires et en épiphénomènes nerveux.

Source principale des indications thérapeutiques spéciales qui se rapportent aux épiphénomènes congestionnels ou hémorrhagiques des maladies dyspepsiques.

2343. Les épiphénomènes congestionnels ou hémorrhagiques survenant pendant le cours des affections saburrhales ou gastriques ont fixé l'attention de plusieurs médecins dont nous avons invoqué les observations (1878). Tous s'accordent pour reconnaître que, dans tous ces cas, les indications thérapeutiques principales sont celles fournies par la maladie du tube digestif. Les hémorrhagies épiphénoméniques fournissent tout au plus quelques indications accessoires, déduites du siège immédiat et de l'importance de la congestion sanguine; mais c'est surtout en remédiant à la diacrise gastro-intestinale primitive, dans la plupart des cas par l'administration des évacuants, qu'on fait cesser l'hémorrhagie épiphénoménique.

Indications thérapeutiques spéciales fournies par la présence de l'épistaxis épiphénoménique des maladies dyspepsiques.

2344. L'épistaxis, qui constitue quelquefois un épiphénomène grave des affections saburrhales et des fièvres assodes (1880), coïncide le plus souvent avec la constipation; elle cède facilement dans ce cas avec les symptômes sabur-

rhaux eux-mêmes, par l'administration des purgatifs que sa présence indique spécialement. On pourrait hésiter à administrer les vomitifs, dans les cas de maladie saburrhale compliquée d'épistaxis, par la crainte que la congestion sanguine vers les parties supérieures ne soit aggravée par les efforts des vomissements, et qu'il n'en résulte une augmentation de l'hémorrhagie; cette crainte n'est pas fondée; le molimen hémorrhagique qui s'accomplit vers la pituitaire est évidemment dans ces cas sous l'influence de l'affection saburrhale, et cesse par les moyens thérapeutiques qui la font cesser ou au moins qui diminuent son intensité.

2345. Les remarques que nous venons de faire pour les épistaxis épiphénoméniques des maladies assodes, sont tout à fait applicables aux cas où l'hémoptysie se produit par l'effet de ces maladies. Finke n'hésitait pas, dans ces cas à administrer les émétiques et même à les réitérer. Les observations qu'il a recueillies ont prouvé qu'il ne faut pas redouter ces moyens[2] dès que l'hémorrhagie bronchique se montre comme épiphénomène évident d'une affection saburrhale : les évacuations par le vomissement ne peuvent que le faire cesser, pourvu cependant que l'on trouve dans la maladie gastro-intestinale une indication précise de recourir aux évacuants des premières voies. Nous avons rapporté ci-dessus (1881) les preuves des heureux résultats de cette méthode curative déduites de l'autorité des praticiens et des observations cliniques.

Indications spéciales fournies par les hémoptysies épiphénoméniques des maladies assodes.

Il importe de remarquer que la présence de l'hémoptysie dans les maladies gastriques n'est point par elle-même une indication de recourir aux évacuants; cette indication ne peut se trouver que dans l'intensité des symptômes dyspepsiques. Dans les cas même où ces symptômes seraient très prononcés, si l'on avait à combattre la maladie chez un sujet pléthorique, d'une forte constitution,

[1] *De feb. bilio. anomal.*, p. 83.

ou encore si la maladie présentait en même temps des symptômes tranchés de phlegmasie ou même seulement des symptômes pyrétiques intenses avec un certain degré de développement du pouls, l'hémoptysie indiquerait d'une manière plus urgente encore que tous ces symptômes de recourir d'abord aux émissions sanguines, comme nous l'avons fait chez un malade qui a été le sujet d'une observation que nous avons rapportée (1881). Après la saignée, si l'hémoptysie persiste avec les symptômes dyspepsiques, l'indication d'administrer des vomitifs n'en devient que plus précise et mieux établie ; l'omission des émissions sanguines exposerait alors le malade à une aggravation immédiate des accidents qui ne serait encore que plus prononcée si l'on administrait intempestivement les émétiques, comme dans les cas observés par Schmidtmann [1].

Indications thérapeutiques spéciales fournies par la manifestation des apoplexies épiphénoméniques des maladies assodes.

2346. De tous les épiphénomènes des affections saburrhales et des fièvres gastriques, les apoplexies sont ceux qui doivent être combattus directement avec le moins d'hésitation, parce qu'ils se rattachent à des lésions dont le résultat le moins grave, si elles atteignent un certain degré, est de déterminer une infirmité incurable.

Il faut s'attacher d'abord à ne pas confondre avec des prodromes apoplectiques réels et avec les coups de sang les simples vertiges quelquefois portés jusqu'à déterminer des défaillances qui accompagnent certaines maladies saburrhales (1721), et même qui se montrent dans les fièvres gastriques chez des sujets irritables et dont l'organisme ressent à un degré exagéré l'influence de la maladie des premières voies ; ces vertiges sont des symptômes des maladies assodes qui se montrent le plus ordinairement quand la continuité de la maladie, la persistance du trouble des digestions, et souvent les déperditions diarrhéiques ont amené un certain degré de faiblesse. Ces vertiges augmen-

[1] *Summa obs. trig. annorum*, t. III, p. 324.

tent toujours sous l'influence des déperditions sanguines que l'on se détermine à prescrire, quand on les considère comme des affections réellement apoplectiques. La médication spécialement applicable à l'embarras des premières voies, et surtout la médication évacuante opérée par les éméto-cathartiques, fait rapidement cesser les vertiges symptomatiques des dyspepsies nidoreuses et des fièvres assodes; leur présence est même une indication urgente d'y avoir recours.

Indications spéciales fournies par la présence des prodromes ou des attaques apoplectiques consécutives aux états saburrhaux.

2347. Les prodromes apoplectiques et même les attaques réelles d'apoplexie par congestion encéphalique se manifestent souvent pendant le cours des affections saburrhales à l'occasion de la surcharge accidentelle des organes digestifs après les écarts de régime. Ces mêmes accidents s'observent aussi au début des maladies diacritiques gastro-intestinales quand ces maladies sont instantanément occasionnées par des indigestions provoquées par une trop grande quantité d'aliments excitants, ou par des aliments de mauvaise qualité (2040). Dans tous ces cas, l'indication d'évacuer l'estomac par le vomissement est toujours urgente. On y parvient par l'ingestion de l'eau tiède en grande quantité, par l'administration de l'eau salée, ou en stimulant l'isthme du gosier par titillation, ou enfin, si ces moyens ne provoquent pas immédiatement l'évacuation de l'estomac, en administrant une boisson émétique préparée avec la dissolution de dix à quinze centigrammes de tartre stibié ou de vingt à trente centigrammes de sulfate de zinc. Dans le plus grand nombre de cas l'effet utile de cette médication est si rapide que les épiphénomènes de congestion cérébrale disparaissent dès que le vomissement survient.

2348. L'évacuation rapide par le vomitif des premières voies accidentellement surchargées d'aliments en trop grande quantité ou de qualité nuisible n'est pas seulement indiquée pour faire cesser les épiphénomènes apoplectiques qui se manifestent comme effet immédiat de cette surcharge

gastro-intestinale; elle a aussi pour résultat de prévenir ou plutôt d'arrêter dès le début l'embarras gastro-intestinal et même la fièvre gastrique, dont les symptômes saburrhaux et les épiphénomènes vertigineux peuvent être les symptômes d'invasion.

On acquiert la preuve de cet effet avantageux de la médication évacuante, prescrite ainsi dès le début des affections saburrhales avec accidents apoplectiques, par les résultats ordinaires d'une médication différente trop fréquemment adoptée en pratique par les médecins qui se préoccupent exclusivement de l'état congestionnel de l'encéphale dont ces symptômes apoplectiques leur semblent toujours l'effet immédiat. Ces médecins ont recours aux évacuations sanguines, et à l'administration des boissons chaudes légèrement stimulantes pour déterminer la digestion des aliments qui surchargent l'estomac. Dans les cas les plus heureux l'estomac se débarrasse par le vomissement spontané des aliments qui le surchargent, et les épiphénomènes apoplectiques cessent avec l'affection gastrique qui les a occasionnés; dans ce cas là, les évacuations spontanées déterminent l'issue de matières muqueuses qu'il fallait expulser; d'autres fois les accidents cérébraux diminuent et même disparaissent sous l'influence de la saignée, et l'estomac parvient à accomplir lentement et avec des douleurs épigastriques, des éructations, des nausées, la digestion pénible qui lui est imposée; la saignée n'a alors aucune influence; peut-être même a-t-elle une influence nuisible sur la maladie du tube digestif qui persiste sous la forme chronique. Dans les cas les plus fâcheux, l'affection encéphalique n'interrompt pas ses progrès; elle peut même se convertir en une hémorrhagie ou une inflammation cérébrale sans que la disparition de la surcharge de l'estomac, soit par le vomissement spontané, soit par une digestion lente et pénible, en prévienne le développement et les progrès; d'un autre côté, l'état saburrhal devient de

jour en jour plus prononcé et finit par se convertir en une fièvre gastrique ordinairement d'une grande intensité.

De l'utilité des évacuants des premières voies dans les cas d'accidents apoplectiques liés à des affections saburrhales peu prononcées.

2349. La médication évacuante, administrée de prime abord et sans hésitation, ne suffit pas toujours pour arrêter complètement les accidents encéphaliques qui se manifestent comme épiphénomènes dès le début des maladies dyspepsiques, quand ces accidents sont effectivement le résultat d'un molimen congestionnel vers la tête; mais elle a au moins pour effet de prévenir presque constamment l'établissement de l'état saburrhal et surtout de la fièvre gastrique dont elle arrête le développement dès son principe. Cette médication ne nuit point d'un autre côté à l'affection cérébrale et n'est jamais un obstacle à l'emploi des moyens qu'elle peut exiger par elle-même; elle est même favorable aux bons effets de ces moyens en faisant cesser immédiatement l'influence nuisible de la lésion des premières voies, si évidente dans ces cas qu'elle est le plus souvent la cause déterminante du molimen congestionnel qui se produit vers l'encéphale. Lors donc que des épiphénomènes apoplectiques se produisent par l'influence de la surcharge de l'estomac, la première indication est de déterminer le vomissement; si l'on n'a à traiter qu'un coup de sang, l'évacuation de l'estomac suffit dans la plupart des cas pour faire cesser tous les accidents; si cependant ces accidents persistent, parce que l'affection cérébrale est déjà parvenue à un degré d'imminence et à plus forte raison de commencement d'hémorrhagie ou de congestion inflammatoire, il faut immédiatement, aussitôt que l'évacuation de l'estomac a été obtenue, recourir aux émissions sanguines générales et locales pour combattre la maladie encéphalique qui devient par elle-même l'affection la plus grave.

2350. Les épiphénomènes apoplectiques ne se montrent pas toujours dans les affections saburrhales et dans les fièvres assodes à l'occasion d'une surcharge accidentelle des

premières voies par l'ingestion d'aliments; ils sont quelquefois les épiphénomènes initiaux d'un embarras gastro-intestinal dont les symptômes ne sont pas encore très prononcés. Ces cas sont toujours très embarrassants, parce que les symptômes saburrhaux sont alors difficiles à reconnaître, et qu'on se préoccupe de la présence de l'affection cérébrale contre laquelle, à la considérer en elle-même, les déplétions sanguines seraient indiquées, tandis qu'elles sont le plus souvent sans efficacité jusqu'à ce qu'on ait eu recours à la médication évacuante des premières voies. Zulianus a rapporté un fait qui présente un des exemples les plus remarquables de l'intensité que peuvent acquérir en pareil cas les accidents cérébraux et de l'efficacité de la médication rationnelle qu'il faut leur opposer :

« Un jeune homme de dix-sept ans, accoutumé à se nourrir d'une grande quantité de viande, fut trouvé le matin sans connaissance et dans un état soporeux; il ne répondait pas à la voix de ceux qui l'entouraient, et il était insensible à l'action des excitants; lorsqu'on lui ouvrait les yeux, il les fermait à peine et avec lenteur. On le fit saigner, on lui administra des clystères et des médicaments stimulants sans aucun résultat. La face était turgescente, les yeux étaient brillants et humides, le pouls était faible; il n'y avait presque pas de fièvre. Comme c'était pendant les vives chaleurs de la saison, et qu'il régnait des diarrhées et des dysenteries bilieuses, Zulianus attribua les accidents à l'état saburrhal des premières voies; il prescrivit une dissolution de tartre stibié; il en résulta des vomissements abondants de bile verte: la connaissance, l'état normal du pouls et la raison furent immédiatement rétablis. Le malade déclara alors qu'il n'avait rien senti qui lui fît reconnaître l'invasion des accidents dont il ne conservait aucun souvenir. Il suffit ensuite de lui administrer des laxatifs pour le rétablir en trois jours[1]. »

[1] Zulianus; *De apopl. præsert. nervea*, cap. XVIII, § 242, p. 132.

Des cas dans lesquels il convient de combiner les moyens applicables aux congestions cérébrales avec ceux qui conviennent aux maladies assodes.

2351. Dans les cas comme celui sur lequel a été recueillie l'observation que nous venons de citer, il arrive souvent que l'épiphénomène apoplectique survient sous l'influence d'une cause occasionnelle qui détermine en même temps la diacrise gastro-intestinale; on ne peut guère se diriger que par les indications déduites de la nature des maladies régnantes, des habitudes du malade et de son état de santé antérieur à l'invasion des accidents cérébraux. La maladie est plutôt alors en réalité, une maladie compliquée, qu'une affection des premières voies avec épiphénomènes apoplectiques. Il est par conséquent alors indiqué de recourir à la fois aux moyens thérapeutiques qui sont propres à remédier à l'affection cérébrale et à ceux qui agissent sur le tube digestif de manière à réprimer simultanément la condition morbide encéphalique qui met la vie du malade en péril, et l'affection gastro-intestinale qui, bien que survenue en même temps que la maladie cérébrale, devient une cause secondaire qui l'entretient. Zimmermann a justifié l'importance de cette appréciation des circonstances de l'état morbide qui survient dans ces cas, par un exemple clinique d'apoplexie bilieuse survenue sous l'influence d'un accès de colère; on eut recours à la saignée, qui n'eut pas d'abord de résultat, mais il se manifesta des vomissements bilieux spontanés qui déterminèrent la guérison du malade[1].

2352. La médication par les vomitifs dans les cas d'accidents apoplectiques paraît dangereuse à plusieurs médecins, à cause des efforts de vomissements qui pourraient concourir à la production des congestions encéphaliques (922). Morgagni se préoccupait beaucoup de ce danger[2]; nous ne partageons pas ses craintes. Dans les cas où les accidents apoplectiques sont évidemment sous l'influence de la surcharge des premières voies, l'effet immédiat des vomitifs

[1] *Von der Erfahrung*; lib. IV, cap. XI, p. 642.
[2] *Epist. de sed. et caus. morb.*; lib. I, epist. III.

ne nous semble pas avoir autant d'inconvénient que la persistance de cet état du tube digestif. Mais dans les cas où l'affection cérébrale peut être attribuée aux causes de la maladie et a été produite par l'effet de ces causes, en même temps que l'affection diacritique du tube digestif, nous considérons comme rationnel de combattre immédiatement l'affection cérébrale elle-même avant que de recourir à l'administration des évacuants des premières voies. Nous considérons de même la médication appropriée à la maladie gastro-intestinale comme devant être subordonnée à celle qu'exige l'état de congestion de l'encéphale quand cette dernière affection est survenue pendant le cours de la maladie du tube digestif et surtout quand elle arrive au plus haut degré de cette maladie par suite de l'intensité des accidents pyrétiques, ainsi que cela se présentait dans les fièvres ardentes et rémittentes bilieuses observées par Lancisi.

Des moyens thérapeutiques applicables aux accidents apoplectiques qui se manifestent pendant le cours des maladies assodes.

2353. Les épiphénomènes apoplectiques se manifestent quelquefois pendant le cours des affections saburrhales lorsque la maladie prenant tout d'un coup une intensité plus grande, passe à l'état de fièvre assode. Cet épiphénomène survient alors le plus souvent avec le frisson qui marque l'invasion de l'état fébrile ; il se montre aussi quelquefois pendant le cours de la fièvre gastrique rémittente, au début ou pendant la durée d'un paroxysme. Presque toujours la manifestation de cet épiphénomène se joint à un état général de pléthore, ou vient marquer le plus haut degré d'un molimen congestionnel vers la tête, annoncé par des douleurs de tête, un sentiment de pesanteur de cette partie, de la propension au sommeil, l'injection des conjonctives, des bruissements dans les oreilles, etc. Quelque grande que soit dans ces cas l'influence de la maladie abdominale sur la production de ces accidents il n'est pas possible de méconnaître la prééminence de la congestion cérébrale qui indique une médication immédiate autre que celle qui

se rapporte directement à l'état du tube digestif. Lancisi qui a signalé ces accidents dans les fièvres rémittentes qu'il a décrites, a insisté dans ces cas sur les heureux changements qu'il a vu survenir par les épistaxis spontanées. Aussi a-t-il recommandé de recourir alors aux émissions sanguines pratiquées autour de la tête avec les sangsues, ou par les ventouses scarifiées à l'occiput, ou en faisant l'ouverture des veines du front ou des veines jugulaires. Il fonde aussi l'utilité de ces moyens sur les résultats des ouvertures de cadavres de sujets qui ont succombé à ces accidents, par lesquelles il a constaté la présence de la congestion dans les vaisseaux encéphaliques [1]; l'indication de recourir à ces moyens thérapeutiques est dans ces cas d'autant plus prononcée qu'on ne voit guère survenir ces accidents cérébraux que dans les périodes et les formes des fièvres assodes qui exigent l'application des moyens évacuants de l'appareil circulatoire (2241 *et sqq.* et 2247 *et sqq.*).

2354. Les inflammations qui surviennent pendant le cours des affections saburrhales et des fièvres gastriques, et qui n'ont qu'un rapport médiat avec elles, ont beaucoup occupé les praticiens, parce qu'ils sont les épiphénomènes les plus fréquents et souvent les plus graves de ces maladies.

De l'origine des inflammations développées pendant le cours des maladies dyspepsiques considérée comme la source principale des indications thérapeutiques.

2355. Les épiphénomènes inflammatoires des maladies saburrhales ont été admis à toutes les époques de l'art. Aujourd'hui même qu'il existe un assez grand nombre de médecins qui considèrent les affections inflammatoires qui se manifestent en même temps que les symptômes abdominaux des embarras gastriques et des fièvres gastriques, comme constituant la condition morbide originelle et principale qui détermine tous les accidents, il n'en est pas un qui n'attribue les phlegmasies extérieures qui surviennent pendant le cours des maladies saburrhales à l'influence réelle de l'état morbide du tube digestif (1863); il n'est pas

[1] *De noxiis paludum effluviis*; lib. II, epid. I, cap. VII, n° 5, et cap. IX, n° 3, 4 et 5.

un chirurgien qui ne considère les changements que subissent les phlegmasies traumatiques lorsque les malades viennent à être affectés de fièvres gastriques ou simplement d'un état saburrhal gastrique ou gastro-intestinal comme le résultat de la maladie du tube digestif (1896). Dans tous ces cas, quelles que soient les doctrines auxquelles ils rattachent l'interprétation des accidents, tous les médecins sont d'accord pour considérer la maladie du tube digestif comme la source des principales indications thérapeutiques. Comment se fait-il que cette doctrine qui sert de fondement à la thérapeutique des inflammations externes qui se montrent comme épiphénomènes des maladies assodes ne soit plus admise par certains médecins pour l'appréciation des causes immédiates des phlegmasies internes? Nous ne connaissons pas de bonnes raisons pour motiver cette exception. Pour nous, toutes les inflammations internes ou externes qui se produisent à différentes périodes des affections saburrhales pyrétiques ou non, ne sont que des épiphénomènes dont la cause immédiate est la même, et qui exigent une médication qui repose sur les mêmes principes.

2356. Pour toutes les inflammations externes épiphénoméniques d'une affection dyspepsique la médication se déduit des seules indications fournies par l'embarras gastro-intestinal et par la fièvre dyspepsique; la présence de ces phlegmasies en montrant à quel degré l'organisme subit l'influence de la diacrise du tube digestif n'est qu'une indication plus pressante pour motiver une médication active par les éméto-cathartiques. La seule indication thérapeutique directe que fournisse l'inflammation est de modérer son intensité par des applications émollientes ou au plus par des émissions sanguines locales destinées à dégorger les capillaires de la partie affectée, et à favoriser la marche de la phlegmasie vers une terminaison facile par résolution ou par la formation du pus.

Lorsque ces inflammations épiphénoméniques des affections saburrhales se montrent avec une grande intensité des symptômes pyrétiques, et surtout avec des signes de pléthore, l'indication de la médication antiphlogistique générale se présente comme indication secondaire pour réprimer à la fois l'état général inflammatoire et l'intensité des inflammations. On ne doit pas cependant oublier dans tous ces cas que la marche de ces inflammations et leur terminaison restent toujours subordonnées à l'état pathologique gastro-intestinal qui constitue la maladie primitive.

Principes de la thérapeutique spéciale des phlegmasies thoraciques qui surviennent comme épiphénomènes des maladies dyspepsiques justifiées par les observations des praticiens.

2357. Les inflammations internes épiphénoméniques les plus graves et en même temps les plus fréquentes dans les maladies saburrhales sont les pleurésies et surtout les pleuro-pneumonies. Nous avons exposé spécialement les rapports que ces maladies ont avec les maladies diacritiques du tube digestif (1869 *et sqq.*), et l'on a dû voir par les considérations dans lesquelles nous sommes entré et par les observations cliniques que nous y avons joint, que nous adoptons entièrement pour la curation de ces maladies ce principe thérapeutique, que c'est d'après les indications fournies par la maladie gastro-intestinale que doit être principalement déterminée la médication; nous ne déduisons de la phlegmasie locale interne considérée en elle-même que les indications des moyens thérapeutiques destinés à atténuer l'intensité des accidents inflammatoires. Nous adoptons sur ce point les préceptes de thérapeutique des praticiens qui se sont le plus occupés des maladies diacritiques du tube digestif et de ses annexes, tels que Baglivi, Bianchi, Guideti, Tissot, Haller, Stoll, Finke, etc.

« La pleurésie, dit Baglivi, doit être quelquefois guérie, » même dans son début, non en ayant égard à ses carac- » tères d'inflammation, mais en tenant compte de la ma- » tière morbifique accumulée en grande quantité dans les

» premières voies et produisant immédiatement la pleu-
» résie et l'entretenant chaque jour[1]. »

Bianchi, dans l'épidémie bilieuse qu'il a décrite en 1709, déterminait les limites de la médication antiphlogistique d'après l'intensité des phénomènes inflammatoires, et la nécessité de la médication évacuante d'après la préexistence et la continuité de l'état saburrhal bilieux qu'il considérait comme la maladie principale et la cause immédiate de l'inflammation de poitrine. « Dans
» la pleurésie bilieuse, dit-il, il fallait saigner au début si
» l'expectoration était difficile; si la fièvre, la douleur et
» l'oppression étaient considérables; si la maladie affec-
» tait des sujets jeunes et d'une forte constitution et si
» l'agitation générale était considérable. Mais toutes les
» fois que la totalité ou la plupart de ces symptômes
» n'existaient pas, surtout si le gonflement du ventre avait
» précédé ou se montrait à l'invasion de la maladie, il ne
» fallait pas saigner; car malgré l'acuité de cette pleurésie
» bilieuse, l'expérience nous a appris que par suite de ce
» moyen les malades tombaient subitement dans un état
» de prostration auquel ils succombaient du septième au
» neuvième jour. » Dans les cas où l'intensité des symptômes inflammatoires l'obligeaient à recourir à la saignée, Bianchi faisait ordinairement ouvrir la saphène; et dès que les symptômes perdaient de leur intensité et que la guérison s'annonçait, le plus ordinairement le quatrième jour, il administrait un purgatif doux et obtenait ainsi le rétablissement des malades[2].

Guideti administrait sans hésiter les évacuants dans les cas de maladies gastriques avec épiphénomènes inflammatoires thoraciques, il s'est surtout attaché à donner les règles qui doivent présider au choix de ces moyens. « Pour
» combattre, dit-il, ces métastases inflammatoires dans

[1] *Op. omnia; App. de pleurit.*, § 1. Edit. Lugd., p. 40.

[2] *Hist. hepat.*; p. 242, 656 et sqq.

» les cas de turgescence bilieuse, je pense qu'il faut agir » sans hésitation en provoquant des excrétions convenables. Ces excrétions seront provoquées par les voies supérieures s'il y a des nausées, de l'anxiété précordiale, » ou même une certaine souffrance cardialgique, de l'agitation, de la pesanteur aux lombes et à l'hypochondre » ou autres symptômes semblables. Je provoque les excrétions bilieuses par les voies inférieures si les borborygmes ou la turgescence intestinale avec la propension » aux évacuations alvines l'indiquent. Ces évacuations » sont encore plus indiquées s'il y a des signes de fluidité » des humeurs et en même temps une impossibilité congénitale de supporter les vomissements.[1] »

Il régna à Lausanne en 1753 des péripneumonies bilieuses qui fournirent à Tissot l'occasion de faire des observations sur la thérapeutique de ces maladies dont il exprime en ces termes les résultats : « Tous ceux auxquels on » pratiqua des émissions sanguines périrent; j'en ai traité » plusieurs et je les ai guéries tous sans pratiquer de saignées. Plusieurs malades, parmi lesquels il s'en est trouvé » quelques uns que je n'ai vu qu'à la fin de la maladie, furent saignés; l'oppression devint des plus difficiles et ils » tombèrent dans le délire; j'en ai trouvé qui avaient la » respiration très rapide et très courte, avec un délire intense, le pouls petit, très vite, très fréquent et dur. La » véritable méthode de traitement curative consistait à » administrer d'abord un émétique en lavage, à donner de » fréquents lavements, et à faire boire en grande quantité » des diurétiques acides, et à faire respirer fréquemment » des vapeurs acétiques. » Dans l'année suivante, 1754, Tissot remarqua de nouveau « que tous ceux qui eurent la » péripneumonie bilieuse et chez lesquels la saignée fut réitérée, périrent. Plus on tirait de sang et plus la fréquence

[1] *De bilio. pleuritide Dissert.* in Diss. de bilio. feb. Lausannæ, 1778, § VI. p. 37.

» et la faiblesse du pouls devenaient prononcées; le pou-
» mon s'engorgeait enfin en totalité. Après chaque saignée
» la respiration devenait plus difficile, le cerveau s'affec-
» tait et le malade périssait[1]. »

Haller a décrit une fièvre bilieuse le plus souvent rémittente qui se montre fréquemment après les chaleurs de l'été; la pleurésie survenait souvent pendant cette maladie; la saignée était toujours pernicieuse; la médication qui convenait le mieux consistait dans l'administration des purgatifs que Haller composait habituellement avec la crême de tartre et les tamarins; il en continuait l'administration de manière à entretenir une légère diarrhée; il se bornait à ce moyen quand la faiblesse n'était pas très grande, dans le cas contraire, il y ajoutait le soufre doré d'antimoine qu'il ne portait jamais à dose suffisante pour provoquer le vomissement

Dans les fièvres gastriques avec pneumonies qui régnèrent en 1776, et dont nous avons rapporté la description (1870), Stoll n'avait recours à la saignée que dans les cas exceptionnels, comme lorsque les symptômes inflammatoires avaient une grande intensité, et quand les malades étaient jeunes, d'une forte constitution et pléthoriques. Hors ces cas, Stoll administrait de prime abord, et dans ces cas mêmes, immédiatement après la saignée, les émétiques et les éméto-cathartiques, dont il réitérait quelquefois l'administration en se réglant uniquement sur les symptômes de surcharge des premières voies; il avait l'habitude d'entretenir par les évacuants un état de diarrhée modérée. Il insiste à cette occasion sur cette remarque que, « dans
» la pleurésie et la péripneumonie bilieuses, lorsque la
» maladie commençait à décliner, il survenait souvent
» une diarrhée fort utile aux malades, à moins que deve-
» nant excessive elle n'abattît les forces et ne supprimât

[1] *Feb. bilio. Lausannensis;* p. 103 et 121.

[2] *Opuscul. path.*; *de feb. bili.*; Obs. 70.

» les crachats[1]. » Quand il observait que la faiblesse devenait très grande et que les malades tombaient dans un état de délire, Stoll prescrivait les applications de vésicatoires aux extrémités (226).

Les inflammations de poitrine survinrent comme épiphénomène chez des malades affectés de la fièvre bilieuse du Tecklembourg (1924). Quand l'inflammation était intense, Finke avait recours à la saignée; « dans les cas les » plus intenses il suffisait de tirer dix onces de sang; le » pouls devenait mou, petit et même faible. Si l'on tirait » plus de sang on diminuait les forces des malades plutôt » que l'intensité de la maladie; je l'ai même remarqué, » dit Finke, dernièrement chez un de mes parents : on » lui fit en mon absence et à mon insçu une deuxième » saignée; la douleur qui avait cessé reparut, et il tomba » dans une anxiété et une difficulté de respirer qui de- » vinrent telles qu'il était couvert de sueur froide et qu'il » ne pouvait respirer que la tête élevée; les digestifs et les » laxatifs le rétablirent ensuite[2]. »

Principe fondamental de la thérapeutique rationnelle des phlegmasies de poitrine épiphénoméniques des maladies assodes.

2358. On voit qu'il y a loin de la méthode thérapeutique par laquelle les praticiens dont nous venons d'invoquer l'autorité combattaient les phlegmasies de poitrine, qui surviennent comme épiphénomènes des affections saburrhales et des fièvres gastriques, à celle qu'on prescrit contre ces maladies, sous l'influence des doctrines dans lesquelles on se préoccupe exclusivement de la présence de l'inflammation considérée comme une affection identique, quelles que soient les conditions pathologiques dans lesquelles se trouve le malade au moment de l'invasion. L'inflammation de poitrine survenant comme phénomène secondaire des maladies gastriques spécialement, est gouvernée dans son développement et dans sa marche, et dans la manifestation des principaux accidents qu'elle détermine par la condi-

[1] *Med. prat.*, trad. de Mahon, t. I, p, 64.

[2] *De morb. bili anom.*, p. 85.

tion pathologique originelle de l'appareil gastro-intestinal et par l'état général qui résulte de la perversion des fonctions digestives (2002). C'est dans la présence et la nature de cette condition pathologique, c'est dans l'appréciation des désordres qu'elle a occasionnés qu'il faut puiser les principales indications rationnelles de la thérapeutique des phlegmasies intestinales. Il nous serait facile de rapporter un grand nombre d'observations cliniques par lesquelles on verrait que la médication établie sur ces bases remédie efficacement et avec rapidité aux plus graves phlegmasies de poitrine en même temps qu'à l'état morbide gastro-intestinal. Ces observations se sont surtout beaucoup multipliées depuis deux années pendant les constitutions épidémiques d'été et d'automne (1926), elles sont pour la plupart semblables à celle que nous avons déjà rapportée en parlant des symptômes des maladies assodes (1871); elles conduisent toutes à cette conséquenee générale que Schroeder déduisait aussi de ses observations cliniques, et qu'il résumait en disant que « des malades affectés d'une fièvre » intense et d'une vive douleur de côté, ont été guéris » sans aucune émission sanguine par les vomitifs et les » laxatifs indiqués par la présence de la turgescence bilieuse » gastro-intestinale[1]. »

De l'application des principes de la thérapeutique rationnelle à la curation des cas particuliers de fièvres assodes avec phegmasie de poitrine.

2559. La médication spéciale des phlegmasies de poitrine épiphénoméniques des maladies assodes dont nous venons d'établir le principe fondamental n'est pas rigoureusement applicable sans modification à tous les cas qui se présentent au lit des malades; elle doit subir des modifications dans certaines limites suivant les cas particuliers: ces modifications s'établissent en combinant avec prudence la médication applicable aux inflammations de poitrine avec celle qui convient aux affections dyspepsiques. Voici sur ce point les règles principales que notre expérience

[1] J. Ferd. Jungschulz de Roebern, *In Dissert. exhib. venæsectionis in febri institu. præcip. cautio. in* Schroederi collect., T. I, p. 135 § x.

clinique nous a suggérées, elles ne sont que le résumé des préceptes des grands praticiens dont nous avons rapporté les doctrines.

Dès qu'une inflammation de poitrine se manifeste comme épiphénomène d'une maladie saburrhale gastro-intestinale ou d'une fièvre assode; si l'inflammation est intense, si la fièvre concomitante est vive, et surtout s'il s'agit d'un sujet pléthorique, jeune et d'une forte constitution, nous faisons pratiquer une émission sanguine générale. Nous avons recours à ce moyen avec moins d'hésitation encore, s'il s'agit d'un cas de maladie dyspepsique dans lequel, par suite de l'état d'orgasme ou de subinflammation gastro-intestinale, la saignée est déjà indiquée. Dans ce cas là nous imitons Cleghorn, qui dans les pneumonies bilieuses qu'il observait dans le cours des fièvres bilieuses de Minorque, contre lesquelles la saignée était d'ailleurs indiquée comme moyen thérapeutique initial, faisait saigner avant d'en venir aux évacuants.

Dès que la saignée a été pratiquée si, comme cela est le plus ordinaire, il n'y a pas de symptôme prononcé de phlogose gastro-intestinale ou hépatique, nous administrons le tartre stibié en lavage. Le plus souvent l'effet de ce moyen suffit pour déterminer le décroissement des accidents; dans quelques cas où les symptômes dyspepsiques sont très prononcés, nous réitérons ce moyen pendant trois, quatre à cinq jours.

Pour peu que l'inflammation de poitrine ait de l'intensité, tout en ayant recours à la médication évacuante, nous regardons comme prudent d'agir de manière à arrêter ses progrès et à déterminer sa résolution par une médication dérivative opérée sur les points les plus rapprochés du siège du mal. Nous faisons à cet effet appliquer un très large vésicatoire volant entre les épaules. Comme l'observation clinique de tous les jours nous a démontré que ce moyen dérivatif est presque toujours rapidement utile et

n'a absolument aucun inconvénient dans les inflammations thoraciques, lors même que la fièvre est à son plus haut degré de violence, et que l'inflammation pleuro-pneumonique est dans sa période la plus intense, nous faisons dans tous les cas graves cette application épispastique dès le début de la maladie de poitrine.

Après avoir ainsi remédié aux symptômes les plus intenses de l'inflammation thoracique et en même temps de l'affection gastro-intestinale, il suffit dans la plupart des cas de s'en tenir à la médication expectante. La maladie décroît progressivement sans aucun moyen thérapeutique actif. La rapidité et la facilité de ce décroissement sont toujours favorisées par la persistance de la liberté des évacuations alvines portée jusqu'à un certain degré de diarrhée. Si cette liberté du ventre ne se manifeste pas, il est nécessaire de la provoquer et de l'entretenir; l'on y parvient en faisant prendre au malade, chaque jour, des potions laxatives, telles qu'une décoction de casse ou de tamarin, ou une dissolution de sulfate de soude ou de magnésie, ou une légère infusion de séné, etc. Il n'est pas très rare qu'on soit obligé, même après que l'inflammation de poitrine est arrivée à la résolution par suite de la persistance des symptômes de surcharge des voies digestives, de revenir une fois ou deux à l'administration d'un vomitif ou d'un éméto-cathartique pour faire cesser les symptômes saburrhaux qui reparaissent avec plus d'intensité, et qui entravent l'établissement de la convalescence.

De la médication spéciale qui convient aux pneumonies épiphénoméniques des maladies saburrhales compliquées de délire.

2360. Dans les cas les plus graves de fièvre assode avec épiphénomènes pneumoniques, le malade a souvent du délire; si cet accident arrive après que la maladie a duré pendant six à huit jours, et lorsque l'inflammation thoracique a déterminé une altération profonde dans le tissu des poumons, c'est la rêvasserie délirante des pneumonies arrivées au troisième degré qui coïncide avec les sueurs visqueuses, la débilité extrême du pouls, l'anxiété excessive, l'op-

pression au plus haut degré. On ne peut guère espérer dans ces cas de conserver le malade si le poumon est arrivé à l'état d'infiltration purulente dans une grande étendue; les larges vésicatoires appliqués sur le thorax sont alors les seuls moyens qui offrent quelques chances de succès.

Lorsque le délire se montre pendant la période d'accroissement et d'état de la phlegmasie de poitrine, on ne peut l'attribuer à la désorganisation du poumon par infiltration purulente; ce n'est autre chose qu'un des épiphénomènes de la fièvre : la gravité de l'état morbide n'est pas telle alors qu'on ne puisse le surmonter. Nous ne connaissons pas de moyen qui mérite plus de confiance dans ces cas que l'administration du musc à haute dose : nous ne donnons pas moins d'un gramme à un gramme et demi et même deux grammes de ce médicament dans les vingt-quatre heures. Nous avons souvent fait ainsi cesser immédiatement les accidents nerveux délirants et adynamiques graves dans les pneumonies inflammatoires, mais surtout dans les pneumonies épiphénoméniques des fièvres assodes; nous n'avons jamais remarqué que le musc à cette dose ait produit le moindre accident. L'inflammation thoracique prend une marche décroissante dès que les accidents nerveux sont calmés; le décroissement se reconnaît à la fois à la diminution de l'intensité de tous les symptômes généraux de la maladie et aux signes de résolution de l'inflammation des poumons perçus à l'auscultation et à la percussion du thorax. Quant à la diacrise gastro-intestinale, elle reste souvent stationnaire; quelquefois même elle devient plus prononcée, nonobstant la cessation du délire et la diminution des accidents fébriles : on ne doit pas alors hésiter à la combattre par les évacuants, qui sont les moyens les plus appropriés pour débarrasser l'appareil gastro-intestinal des saburrhes et ramener à leurs conditions pathologiques les sécrétions crypteuses gastro-intestinale et hépatique.

2361. Les épiphénomènes nerveux les plus prononcés

qui nécessitent des modifications dans le traitement des états saburrhaux et des fièvres gastriques pituiteuses ou bilieuses, sont les douleurs et le délire.

Indications thérapeutiques spéciales fournies par la présence des douleurs nerveuses épiphénoméniques des fièvres assodes.

2362. Les douleurs nerveuses épiphénoméniques des fièvres assodes (1846) coïncident avec les accidents inflammatoires de ces maladies ou avec la prééminence des symptômes dyspepsiques. Dans le premier cas elles indiquent spécialement les émissions sanguines, qu'il faut cependant toujours prescrire avec une réserve convenable. Il est rare que ces douleurs ne disparaissent pas immédiatement sous l'influence de cette médication, qui détermine ordinairement la diminution rapide des accidents pyrétiques et la disparition, ou au moins l'atténuation des symptômes de la phlegmasie gastro-intestinale.

Lorsque les douleurs nerveuses épiphénoméniques se rattachent à la prééminence des accidents dyspepsiques, on n'obtient pas leur cessation d'une manière complète par les émissions sanguines; néanmoins elles deviennent presque toujours beaucoup moins intenses après la saignée; elles présentent alors la marche la plus habituelle qu'on leur voit suivre quand elles sont le symptôme de l'état saburrhal. Cette marche consiste dans la recrudescence ou mieux le retour des douleurs à chaque paroxysme rémittent de la maladie; on ne doit plus alors considérer cet accident comme un épiphénomène lié à la présence d'un état inflammatoire; les émissions sanguines n'ont plus aucune utilité, et si l'on persiste à les prescrire, on détermine ordinairement une augmentation dans l'intensité de cet épiphénomène; c'est dans la médication applicable à l'état saburrhal qu'on trouve le moyen de le combattre. Dans la plupart des cas ces douleurs épiphénoméniques cessent immédiatement par l'administration des émétiques et des éméto-cathartiques; leur présence nous paraît même un motif pour prescrire avec moins d'hésitation ces évacuants des premières voies.

2363. La médication évacuante n'est pas toujours suivie de la cessation des douleurs nerveuses, surtout dans les fièvres gastriques et principalement dans les fièvres pituiteuses ; elles continuent dans la plupart des cas après qu'on a fait cesser les symptômes gastriques proprement dits aussi longtemps que l'état saburrhal persiste sous la forme de l'embarras intestinal, ou au moins elles se reproduisent pendant la nuit et occasionnent au malade un état d'anxiété et d'agitation qui brise les forces et retarde la terminaison de la maladie. L'administration continue des laxatifs à faible dose, de manière à entretenir une légère diarrhée, suffit quelquefois pour faire cesser en peu de jours ces douleurs ; il n'est pas cependant encore très rare de les voir résister à ce moyen thérapeutique. La médication qui nous a le mieux réussi dans ces cas réfractaires consiste à administrer à doses modérées les antispasmodiques et les toniques, en même temps que les purgatifs, tels que l'infusion de quinquina et de valériane rendue laxative par l'addition de l'infusion de séné ou d'une dissolution à faible dose de sulfate de soude ou de magnésie. En persistant pendant quelques jours dans l'emploi de ces moyens, nous avons fait souvent cesser à la fois les douleurs épiphénoméniques et les derniers symptômes de l'embarras gastro-intestinal.

Indications spéciales pour la curation du délire et des accidents spasmodiques épiphénoméniques des maladies assodes.

2364. Le délire et les différentes formes d'accidents spasmodiques qui accompagnent les maladies saburrhales, peuvent acquérir une extrême intensité, et en imposer facilement pour des accidents dus à une affection cérébrale intense (1721, 1722, 1734). La médication nécessitée par ces épiphénomènes est encore celle qui se rapporte directement à l'état saburrhal. Il est très rare que ces épiphénomènes se montrent d'une manière prononcée dans les fièvres assodes qui exigent, à cause de leurs symptômes inflammatoires, la médication antiphlogistique ; les faits que nous avons rapportés (1734) font voir avec quelle facilité l'on fait cesser ces accidents par l'administra-

tion des vomitifs; ils ne font que confirmer les observations de Boërhaave et de Van-Swiéten, que ce dernier résumait en ces termes : « Mon excellent maître m'a appris » que le délire dans les fièvres dépend souvent de la pré- » sence des saburrhes dans l'estomac. J'ai porté depuis » lors mon attention sur ce point, et j'ai souvent vu com- » bien ce précepte est vrai. Je me rappelle plusieurs ma- » lades chez lesquels on a fait immédiatement cesser cet » accident par un seul vomitif [1]. »

Stoll a rapporté une observation qui montre non seulement l'inutilité, mais encore le danger de la saignée dans les cas de maladie dyspepsique compliquée de délire et qui met en évidence les effets immédiatement utiles des évacuants. Cette observation a été recueillie sur une jeune fille de 14 ans qui avait été guérie quelques semaines auparavant d'une pleurésie vraie. Après avoir mangé de la viande avec excès, cette fille eut des frissons, de la chaleur, et vomit à plusieurs reprises des matières bilieuses; le deuxième jour, elle se plaignait d'une toux avec oppression de poitrine et une très grande difficulté de respirer. Outre ces symptômes de pneumonie, la malade avait la bouche amère, des renvois, des nausées, de la cardialgie et beaucoup de fièvre; Stoll lui fit faire une petite saignée qui fut bientôt suivie d'un délire furieux et d'une fièvre violente. On lui donna l'émétique qui lui fit rendre une grande quantité de bile; le délire cessa tout à coup; les accidents de poitrine et la fièvre diminuèrent beaucoup et disparurent entièrement après que la malade eut fait un usage continu de sels neutres, qui entraînèrent par les selles tout ce qui restait encore de matière morbifique. Voilà donc, ajoute Stoll, un délire bilieux produit par un foyer d'humeurs existant dans le bas ventre, et qu'il fallait vider par haut et par bas [2].

[1] *Comment. in Boërh.*, aph. 701, t. II, p. 327.

[2] *Med. prat.*, trad. de Mahon, t. 1, p. 17.

Bianchi s'est élevé contre l'erreur où tombent quelques médecins de considérer le délire dans les fièvres gastriques comme le symptôme d'une affection cérébrale; il a même invoqué le résultat de sa pratique à cet égard, en faisant remarquer que les émissions sanguines pratiquées aux veines saphènes, qui ont tant d'avantage contre les maladies cérébrales, sont sans utilité dans ces cas, qu'on combat avec un résultat immédiat par les évacuants des premières voies [1].

2365. Sydenham ne redoutait nullement le délire dans les fièvres gastriques, pourvu que les évacuations alvines se soutinssent. Il s'en tenait même dans ce cas à la simple médication expectante; le délire cessait à mesure que le tube digestif se débarrassait.

2366. Tissot redoutait dans les fièvres bilieuses avec délire épiphénoménique l'application des vésicatoires; il pensait que ces topiques épispastiques, loin de prévenir le délire, ajoutent à son intensité quand il existe; il avait le plus ordinairement recours pour les combattre aux applications irritantes sinapisées sur les extrémités. Nous ne regardons pas cette opinion comme au dessus de toute controverse; nos observations cliniques ne la justifient pas; nous n'avons pas remarqué que les applications vésicantes aient le fâcheux effet que Tissot leur attribue, mais il est vrai de dire que l'application des vésicatoires n'a en réalité aucun effet pour faire cesser le délire dans ces cas, c'est aux seuls évacuants des premières voies que nous attribuons cet heureux résultat.

2367. Les accidents spasmodiques avec ou sans délire survenant pendant le cours des fièvres assodes exigent aussi qu'on ait recours sans hésiter aux évacuants des premières voies toutes les fois que les symptômes dyspepsiques sont très prononcés; on n'obtient cependant pas de l'emploi de ces moyens des résultats aussi constants contre les épiphénomènes spasmodiques que contre le délire. Dans la

[1] *Hist. hepat.*, p. 521.

plupart des cas les accidents nerveux coïncident avec un état fébrile intense qui fournit lui-même les indications principales. Dans ces cas là on a recours avec avantage aux affusions froides administrées avec les précautions que nous avons prescrites, pour réprimer l'intensité exagérée des symptômes pyrétiques (2277).

2368. Les fièvres gastriques avec des phlegmasies épiphénoméniques graves nous paraissent seules exiger une autre médication quand elles sont compliquées de délire ou d'accidents spasmodiques. L'emploi du musc à haute dose est alors presque immédiatement suivie de la cessation de cet accident (2360), pourvu qu'on ne néglige pas en même temps de combattre la phlegmasie locale par les antiphlogistiques ou par les applications épispastiques dérivatives, ou l'état saburrhal s'il est prédominant par les moyens qui sont spécialement indiqués contre sa présence, c'est à dire par les vomitifs et les cathartiques. L'application de la médication déprimante (2278) est encore de la plus grande utilité dans ces cas où les accidents pyrétiques ont d'ordinaire une grande intensité.

## CHAPITRE II.

### *Des Dyspepsies acescentes ou cardialgiques, ou des Cardialgies proprement dites.*

Indication des différentes dénominations données aux maladies désignées sous les noms de *Dyspepsies acescentes* ou de *Cardialgies.*

2369. Nous réunissons sous la dénomination de *Cardialgies* ou de *Dyspepsies cardialgiques*, plusieurs maladies qu'on a considérées comme différentes, ou au moins comme constituant des degrés divers ou des formes distinctes de plusieurs maladies séparées. Ainsi, *les cardialgies* des anciens, *les gastrodynies* de quelques auteurs plus modernes [1], *les ardeurs d'estomac*, *la passion cardiaque*,

[1] Sauvages, *Nosol. meth.*, class. VII, ord. IV. — J. B. Burserii, *Instit. med. pract.*, t. VII, cap. VI, § LXXIII. — Macbride, *Introd. method. ad prax. med.*, t. II, lib. IV, cap. VII, p. 264.

*la crudité acide de l'estomac et les gastralgies et les gastro-entéralgies* des modernes, sont pour nous les mêmes maladies, ou des formes et des degrés différents du même état morbide des organes digestifs.

Indication de différentes formes des cardialgies désignées par des dénominations tirées de la présence de certains symptômes de la maladie.

2370. Nous attribuons aux dyspepsies cardialgiques ou aux cardialgies proprement dites toutes les formes de maladie des organes digestifs dans lesquelles la digestion des aliments s'accomplit avec douleur et imparfaitement ou avec lenteur. Toutes ces maladies, dont les douleurs d'estomac sont l'accident principal, ont été désignées par les auteurs sous différents noms, suivant la prééminence de quelques uns de leurs symptômes; ainsi, la *Bradypepsie* [1], qui se caractérise surtout par la lenteur et l'imperfection de la digestion; l'*Apepsie* [2], dans laquelle la digestion est suspendue par suite d'une crudité des sucs gastriques dont les anciens admettaient toujours en même temps la présence; le *Pyrosis* [3], qui se distinguait surtout par le sentiment d'une ardeur vive à l'épigastre; la *Boulimie* [4], qui se manifeste à la fois par un appétit exagéré pour les aliments ou pour certaines espèces de substances alimentaires et par un sentiment de défaillance; le *Soda* [5], qui a pour symptôme pathognomonique une douleur brûlante partant de l'estomac et suivant le trajet de l'œsophage jusqu'au pharynx; etc., etc.; toutes ces affections ne sont pour nous

[1] Βραδυπεψία; *id est tardior et imbecilla cibi concoctio.* (Galen., *De diff. sympt.*, c. 4.)

[2] Απεψία; *id est suspensa cibi coctio; sumitur pro præsentia crudidatis in ventriculo.* (Foës, œc. Hippocratis; *Genevæ* 1662, in-fol., p. 692.)

[3] Πύρωσις; *id est ardor ventriculi vel rubor ardens stomachi.* (Joh. Antonid Wander-Linden; meletemata med. Hippocraticæ, ex. XI, § 189.)

[4] Βούλιμος; *id est aucta appetentia ciborum etiam cum animi deliquio proveniens ab halitibus fermenti in ventriculo acidioris orificium ventriculi vellicantibus.* (F. Sylvius, l. 1 *Pr.*, c. II, § 5. — *Castelli lexicon in* verbo *Bulimus.*)

[5] Soda, verbum arabium. *Quem soda vexat, ei videtur halitus urens ex ventriculo ad fauces; ascendere, ardorem, anxietatem, sitim, anorexiam, fastidium et ructum sive acidum, sive nidorosum amarum, ac tenuioris lymphæ expuitionem interdumque etiam vomitionem creans, cum levi œsophagi astrictione.* (A. Weber, de causis et signis morb., t. I, cap. XVI, p. 98.)

que des symptômes, des formes et des degrés divers des cardialgies.

La manifestation de ces divers accidents chez le même malade, non seulement à différentes périodes de la maladie, mais encore dans le même instant, sans fixité dans leur succession; leur production sous l'influence de différentes causes pendant le cours de la même maladie, la transformation fréquente des symptômes de chacune de ces affections les uns dans les autres, toutes ces circonstances ne permettent pas d'admettre pour ces différentes formes des accidents dyspepsiques des affections liées à des conditions morbides spéciales qui exigent qu'on les considère comme des maladies distinctes. Toutefois, en considérant ces divers accidents comme des symptômes du même état morbide de l'estomac que nous distinguons sous le nom de cardialgie, l'on n'en doit pas moins reconnaître qu'ils ne se manifestent pas tous dans toutes les dyspepsies cardialgiques, et que certains d'entre eux appartiennent plutôt à telles formes de la maladie qu'à telles autres, et se produisent de préférence par telles causes que par telles autres; mais ces particularités s'appliquent à presque tous les symptômes des différentes maladies: elles dépendent de circonstances accessoires qui spécialisent les cas isolés, mais qui ne suffisent pas pour qu'on soit autorisé à en faire des individualités nosographiques distinctes.

Des formes de l'hypochondrie qui doivent être rapportées aux cardialgies.

2571. Nous rapportons aussi aux cardialgies toutes les formes de l'hypochondrie dans lesquelles la perturbation des fonctions digestives et la douleur de l'estomac se montrent comme accidents primitifs. La plupart des maladies hypochondriaques rentrent ainsi pour nous parmi les diacrises cardialgiques; nous n'en exceptons que les hypochondries dans lesquelles les fonctions du tube digestif ne sont pas essentiellement lésées. Ces dernières formes de la maladie hypochondriaque conservent leur place dans les vésanies; ce sont les formes de la mélancholie hypochondriaque qui ont exclusivement préoccupé les

médecins qui ont rapporté les hypochondries aux affections cérébrales, de même que les formes les plus nombreuses de ces maladies que nous en distinguons pour les ranger parmi les affections diacritiques gastro-intestinales, parce que les symptômes dyspepsiques y sont primitifs, ont exclusivement préoccupé ceux qui n'ont vu dans toutes les hypochondries que des formes d'une maladie des organes de la digestion.

2372. En réunissant ainsi sous une dénomination commune et comme n'étant que des degrés ou des formes différentes d'une même maladie des états morbides décrits comme des maladies distinctes par nos devanciers, nous devons dire que nous imitons M. Barras qui a publié, en 1827, un traité sur les maladies qui nous occupent, qu'il désigne sous le nom de gastralgies et d'entéralgies[1].

Discussion sur la vraie signification et sur l'étymologie du mot *cardialgie*.

2373. La dénomination de *Cardialgie* imposée aux maladies qui nous occupent, remonte à l'origine de l'art; d'après son étymologie rigoureuse, elle indiquerait la douleur au cœur; mais d'après l'usage adopté par les plus anciens médecins, ce mot indique la douleur sentie vers l'orifice supérieur de l'estomac que les Grecs ont nommé *Cardia* : cette douleur est en effet le symptôme le plus prononcé et le plus constant de la dyspepsie cardialgique[2].

[1] *Traité des gastralgies et des entéralgies*, tome 1er, 3e édit. 1829; tome 2, 2e édit. 1839, in-8°.

Cet ouvrage est plein d'observations d'un grand intérêt présentées avec une remarquable exactitude. Quoique nous ne partagions pas les doctrines adoptées par l'auteur, qui considère les maladies des voies digestives qui vont nous occuper comme des affections purement nerveuses, nous n'en devons pas moins reconnaître que son livre contient les plus sages préceptes sur la thérapeutique de ces maladies. La publication de cet ouvrage en présence des doctrines exclusives de l'école qui se qualifiait de *physiologique* a rendu un grand service aux jeunes médecins de notre temps; quand on a été témoin du fanatisme avec lequel étaient propagées et défendues ces doctrines lorsqu'il parut, on doit considérer la publication de cet ouvrage comme une bonne action et comme un acte de courage.

[2] Καρδιαλγία è *καρδιά*, *orificium ventriculi sinistrum*, *et ἀλγὸς*, *dolor*; *καρδία è κῆρ*, *cor*. Il serait facile de justifier par un grand nombre de cita-

L'expression *Cardialgie*, *douleur de cœur*, née chez les Grecs, a passé dans presque toutes les langues pour exprimer la souffrance de l'estomac; ainsi Celse se sert du mot *Cardiacus morbus*; les Allemands donnent, suivant F. Hoffmann, aux douleurs cardialgiques, le nom de *Hert-*

tions cette étymologie consacrée par l'usage, qui doit toujours décider sans appel en fait de noms. Si l'on devait s'étonner de quelques marques d'ignorance dans ce temps de décadence des études médicales, ce serait de voir attribuer à une affection du cœur le nom d'une maladie que les anciens ont bien connue et qu'ils ont tous considérée comme une maladie des organes digestifs. On en peut trouver la preuve dans le passage suivant de Galien auquel nous attachons une grande importance, non seulement parce qu'il établit péremptoirement la vraie signification que les anciens attachaient au mot *cardialgie*, mais aussi parce qu'il prouve à la fois qu'ils avaient bien reconnu la connexion qui lie les affections cardialgiques aux ébranlements du système nerveux comme effets et comme causes, et les rapports des souffrances de l'estomac avec les sécrétions qui s'accomplissent dans les viscères de la digestion et dans le foie : conditions morbides d'un grand poids pour rattacher aux cardialgies la plupart des hypochondries, comme nous le faisons dans cet ouvrage. Nous croyons devoir rapporter le texte original de ce passage de Galien :

*Οὐ μὴν οὐδ' ἡ καρδιαλγία τοὔνομα τὴν ἐν τῷ θώρακι περιεχομένην καρδίαν ὀδυνᾶσθαι δηλοῖ, ἀλλ' ἔςιν ὁμωνυμία τις οὐδένα λανθάνουσα τῶν ὡμιληκότων ἀρχαίων γράμμασι. Ὥσπερ γάρ τὸ κατὰ τὸν θώρακα σπλάγχνον, οὕτῶ καὶ τὸ τῆς γαςρὸς στόμα καρδίαν ὀνομάζουσιν οἱ παλαιοὶ, καὶ πάμπολύ γε τοὔνομά ἐςι παρ' αὐτοῖς. Ἀλλ' ἐγω δυοῖν ἢ τριῶν ἐπιμνησθήσομαι τῶν παραδειγμάτων ὑπὲρ τοῦ σαφῶς ενδείξασθαι τὸ σημαινόμενον ἐκ τῆς λέξεως. Ὁ μὲν δὴ Νίκανδρος ὧδε πως φησίν.*

« — — ἣν κραδίην ἐπιδόρπιον, οἱ δὲ δοχαίην
» Κλείουσι στομάχοιό. »

*Θουκυδίδης δ' ᾧδε. Καὶ ὁπότε εἰς τὴν καρδίαν ςηρίξειεν, ἀνέτρεπέ τε αὐτὴν καὶ ὑποκάθαρσεις χολῆς πᾶσαι, ὅσαι ὑπὸ τῶν ἰατρῶν εἰσιν ὠνομασμέναι, ἐπήεσαν. Ὁ δ' Ἱπποκράτης· γυνὴ ἐκαρδιήλγεε, καὶ οὐδὲν καθίστη πλὴν ἐς ῥοιῆς χυλὸν ἄλφιτον ἐπιπάσσουσα, καὶ μονοσιτεῖν ἤρκεσε, καὶ ἀνεῖλκεν οἷα τὰ κηρίωνος. Ἅπαντες οὗτοι δηλοῦσιν ἐναργῶς, τὸ στόμὰ τῆς γαςρὸς ὀνομάζεσθαι καρδίαν. Ὥςε ταύτης μὲν τῆς καρδίας ἔιη ἂν τι πάθος ἡ καρδιαλγία, τοῦ σπλάγχνου δ', ὑπὲρ οὗ πρόκειται σκοπεῖν, εἰ τὸ κυριεῦον νῆς ψυχῆς μόριον ἐν ἑαυτῷ περιέχει, τοιοῦτον πάθος σὐδέποτε γίγνεται. Οὐδὲ γὰρ οὐδ' αὐτοῦ τοῦ ςόματος τῆς γαςρὸς ἅπαν ἄλγημα καρδιαλγίαν προσαγορεύουσιν, ἀλλὰ μόνον ἐπειδὰν ὑπὸ δριμέων ὑγρῶν ἐρεθίζηταί τε καὶ αναδάκνηται. Ταῦτο δ' αὐτὸ συμβαίνει ἐν ταῖς λύπαις· διὸ καὶ χολὴν*

*zens-Angst*, douleur de cœur, mal de cœur; l'expression vulgaire en France de *mal de cœur*, pour exprimer les douleurs d'estomac qui accompagnent les nausées, n'est autre chose que la conservation par un usage transmis jusqu'à nous de l'ancienne expression grecque.

2374. La dyspepsie cardialgique définie par ses sym- Définition des dyspepsies cardialgiques par leurs symptômes.

ἐμοῦσιν οἱ λυπηθέντες, ἐνίοις δ'ὑπέρχεται κάτω, καὶ ἡ γαςὴρ αὐτοῖς ἄκρα τὰ χολώδη διαχωρεῖ. Συμϐαίνει δὲ οὐ μόνον τοῖς λυπηθεῖσιν, ἀλλὰ καὶ τῶν ἐπὶ πλέον ἀσιτησάντων οὐκ ὀλίγοις δάκνεσθαι τὸ τῆς γαςρὸς ςόμα, καὶ μᾶλλον εἰ σφοδρῶς ϖρογεγυμνασμένοι μὴ ϖροσενέγκοιντο σιτία. Τοῖς δὲ γὰρ λυπηθεῖσι καί τοῖς γιμνασαμένοις εὐτονώτερον εἰς τὴς γαςέρα συῤῥεῖ χολὴ ξανθή. Πρὸς ταύτης οὖν δακνόμενοι καρδιαλγοῦσιν. Οὐδ' ἐςιν ἀναγκαῖον ἐν τῳδὲ τῷ λόγῳ τὴν αἰτίαν ἐπισκέπτεσθαι, δἱ ἣν τοῦτο συνϐαίνει. Μόνον γάρ μοὶ ϖρόκειται δεῖξαι κατά γε τό ϖαρὸν, ὡς οὐκ ἔςι τῆς καρδίας, τοῦ σπλάγχνου, τὸ ϖάθος ἡ καρδιαλγία, καθάπερ οὐδὲ τὸ δάκνεσθαι κατὰ τὰς λύπας, ἀλλὰ τὸ μὲν σύμπτωμα τοῦ ςόματος τῆς γαςρὸς, etc.

« *Neque tamen nomen cardialgia cor in thorace contentum doler signifi-*
» *cat; sed est quædam æquivocatio, quæ neminem latet, qui antiquorum*
» *libros evolverit. Quemadmodum enim viscus quod in thorace est, sic et*
» *ventris os antiqui cor appellarunt, idque nominis frequenti apud ipsos in*
» *usu est. Sed ego duobus tribusve exemplis, ut significatum ex dictione*
» *manifesto indicetur, efficiam. Nicander sane hoc pacto inquit:* —Appellant
» stomachi cor excipiens alimentum.— *Thucydides hoc pacto:* Quum in cor
« defixisset, pervertissetque ipsum, etiam purgationes bilis omnes, ut sunt
» à medicis appellatæ, successerunt. *Hippocrates autem:* Mulier corde do-
» lebat, ac nihil adhibuit præterquam in mali granati succum polentam in-
» spergens, ac semel cibum sumere contenta erat, attraxitque cujusmodi
» cerionis sunt. *Omnes hi palam indicant, os ventriculi appellari cor, ut*
» *hujus quidem cordis affectus aliquis sit cardialgia; illius autem visceris,*
» *de quo proposita est disputatio, si principem animæ partem in se continet,*
» *ejusmodi affectus numquam oboritur. Neque enim hujus ventriculi oris*
» *omnem dolorem cardialgiam appellant, sed solum quum ab acribus humo-*
» *ribus irritatur et mordetur, quod in tristitia contingit; ideò etiam ea affecti*
» *bilem evomunt; nonnullis verò infra descendit, ac venter his summe bi-*
» *liosa dejicit. Verum nom solum tristitia affectis evenit, sed etiam eorum,*
» *qui impendio diutius à cibo abstinuerunt, non paucis os ventriculi morderi,*
» *magisque, si post exercitationem vehementem cibum non absumpserint;*
» *nam tristitia affectis exercitatisque valentius in ventriculum flavâ bilis*
» *confluit. Ab hac itaque morsi cardialgiâ laborant. Neque est necessarium*
» *in disputatione causam inspicere, cur id accidat. Solum enim mihi pro-*
» *positum est ostendere, hunc affectum cardialgiam non esse ex corde vis-*
» *cere, quemadmodùm neque morsum in tristitia, sed oris ventriculi acci-*
» *dens.*» (Galenus; de Hippocratis et Platonis Placitis, lib. II, cap. VIII. Edente Charterio, t. v, p. 108, aut edit. Basil, t. I, p. 262.)

ptômes principaux, est une maladie caractérisée par une douleur brûlante, érodante ou gravative qui survient à l'épigastre, principalement pendant le travail de la digestion, et qui s'accompagne d'une anxiété plus ou moins vive, d'un sentiment d'ardeur et d'une saveur acescente ou comme poivrée à la bouche, le plus souvent d'une sécrétion augmentée de salive et de mucus buccal, presque toujours avec une vive anxiété à l'épigastre et aux hypochondres accompagnée de brisement des forces, de propension à la défaillance, et parfois de nausées et de vomissements muqueux ou bilieux, ou même d'une vive ardeur sous-sternale[1], et d'un sentiment de constriction à la base de la poitrine.

Définition des cardialgies d'après la nature de la maladie.

2375. La cardialgie n'est pour la plupart des modernes qu'une affection nerveuse des organes digestifs; c'est particulièrement F. Hoffmann qui a introduit cette opinion dans la science; elle a été adoptée depuis par différents auteurs qui ont publié sur ces maladies des ouvrages estimables, et surtout par Comparetti[2], par Schmidtmann[3], par

[1] Manget a donné une définition très exacte de la cardialgie d'après ses symptômes : *Est autem* cardialgia *vehemens ac prope intolerabilis orificii ventriculi sinistri præcordiorumque in genere dolor, cum gravissimis quandoque aliis symptomatibus, cordis nimirum palpitationibus, animi deliquio, nausea, vomendi conatu intensiori, immoderato sudore thoracis in specie, cervicis et capitis, necnon et febri inordinata ac symptomatica*; *imò epilepticis etiam insultibus.* (Bibliot. med. pract., t. I, lib. III, p. 403.)

La définition de F. Hoffmann mérite aussi d'être citée à cause de son exactitude : « *Cardialgia dolor est ipsius stomachi, seu partis valde nervosæ* » *et exquisitæ sensationis, et præcipuè ejus orificiorum, acutus circa scro-* » *biculum cordis consistens, cum ingenti anxietate, spirandi angustia, vi-* » *riumque prostratione, inquietudine, nisu vomendi, extremorum partium* » *tremore et frigore, levi animi defectione junctus, a spasmis vel inflatione* » *ortus, totum sæpè nervorum systema in consensum trahens.* »(*Med. ration. systema.*, P. II, sect. II, cap. II, § I.)

[2] *Occursus medici de vaga ægritudine infirmitatis nervorum;* Venetiis, 1780.

Dans cet ouvrage And. Comparetti a traité spécialement de la cardialgie hypochondriaque.

[3] *Summa observ. ex praxi clinica triginta annorum*, etc. vol. III, cap. IX, p. 191.

Johnson[1] et par M. Barras. Cette doctrine est aujourd'hui le plus généralement admise; elle ne nous paraît pas fondée: nous démontrerons que la dyspepsie cardialgique consiste essentiellement dans une diacrise des organes digestifs par suite de laquelle les liquides déposés dans la cavité de l'appareil gastro-intestinal, pour l'accomplissement des fonctions digestives, ont acquis des propriétés stimulantes anomales et pris des qualités qui font prédominer en eux les principes acides et irritants par lesquels ils agissent sur la sensibilité de la muqueuse gastro-intestinale.

La doctrine que nous admettons et que résume la définition que nous venons de présenter était celle de Galien, qui rapportait la cardialgie à l'effet de l'irritation de l'estomac par l'action topique de liquides âcres et mordicants[2]. Elle a été adoptée depuis lui par la plupart des médecins anciens; Nürnberger l'a développée et justifiée par des considérations qui lui ont imprimé le cachet de l'évidence[3]; c'était aussi la doctrine de Cullen, qui était d'ailleurs si porté à exagérer l'importance de l'élément nerveux des maladies[4]. Cette doctrine sur la nature essentielle des cardialgies met

[1] *An essay on indigestion; or morbid sensibility of the stomach and bowels, as the prox. causa or characteristic condition of dyspepsy, nervous irritability*, etc.; 6e edit. London 1829.

[2] Lib. I *De causis sympt.* 7 et 5 *De usu partium*, cap. IV. Cette doctrine se trouve implicitement exprimée dans la citation textuelle qui se trouve ci-dessus page 346.

[3] *Dissert. de incommodis adpetitus et digestionis variis; liquoris gastrici vitiis potissimum imputandis*; Vitemb. 1793.

[4] « *There is* (in dyspepsia), *pretty certainly, a peculiar fluid in the sto- » mach of animals, or at least, a peculiar quality in the fluids, that why » know to be there, upon which the solution of the aliments taken into the » stomach chiefly depends; and it is, at the same time, probable, that the » peculiar quality of the dissolving, or digesting fluids, may be variously » changed, or that their quantity may be, upon occasion diminished, but it is » not less obvious that a change in the quality or quantity of these fluids, » may produce a considerable difference in the phænomena of digestion, and » particularly may give occasion to many of the morbid appearances men- » tioned of dyspepsia.* » (W. Cullen, *first lines of the practice of physic*, vol III, § MCXXXIX.)

à la fois en évidence les deux ordres de phénomènes qui se montrent dans toutes les dyspepsies cardialgiques ; les phénomènes de l'état de souffrance des organes digestifs et les phénomènes d'imperfection des fonctions digestives, et par suite du trouble de la nutrition. Comme les ébranlements nerveux, sont les causes fréquentes des cardialgies, et comme dans ces maladies la fonction de l'innervation est presque toujours plus ou moins compromise, cette doctrine est encore une consécration de l'influence puissante exercée sur les sécrétions par le système nerveux (1607). C'est en considérant les cardialgies sous ce point de vue, que nous rattachons ces maladies aux diacrises des organes de la digestion (1691 *et sqq.*), et que nous les désignons spécialement sous le nom de *Dyspepsies acescentes*, d'après les qualités acides que prennent dans la plupart des cas les fluides sécrétés dans la cavité des organes digestifs dans ces maladies [1].

[1] Avicenne a signalé les qualités acides des liquides déposés dans la cavité de l'estomac dans la définition exacte qu'il a donnée de la cardialgie d'après ses symptômes : « *Ex hominibus sunt aliqui, quibus accidit dolor stomachi,* » *quum comedunt; et sedatur post digestionem, et eorum plurimi sunt* » *melancholici, et patientes melancholicam mirachiam et sunt ex homini-* » *bus, quibus accidit dolor in fine spatii comprehensionis cibi in stomacho, et* » *apud horam decimam et quæ sequitur eam* : *De quibus sunt quidam, quo-* » *rum dolor non sedatur, donec evacuant quoddam*, quod est sicut acetum, » ex quo ebullit terra ; *deindè sedatur dolor eorum : Et ex eis sunt, quorum* » *dolor sedatur cum descensione cibi, non cum vomitu.* » (Avicennæ ; *Libri in re medica*, lib. III, Tract. II, cap. I.)

Cette définition de la cardialgie est trop générale, elle comprend les modifications de la douleur pendant la digestion ou après qu'elle est achevée ; elle réunit ainsi des circonstances qui ne se rapportent qu'à l'intensité variable de la maladie ; elle mentionne les symptômes de mélancholie qui n'appartiennent qu'à un certain degré de gravité de la maladie ; enfin, elle comprend les vomissements acides qui ne sont aussi que des phénomènes variables ; sous tous ces rapports, elle s'éloigne de cette règle rigoureuse que toute définition de maladie d'après les symptômes ne doit mentionner que les symptômes constants et invariables dans presque toutes les formes et à tous les degrés de la maladie à laquelle s'applique la définition. Quoi qu'il en soit, l'on ne peut refuser à la définition d'Avicenne de réunir les principaux et les plus prononcés des symptômes des dyspepsies cardialgiques.

2376. Les dyspepsies cardialgiques sont des maladies très fréquentes soit comme maladies idiopathiques, soit comme symptômes d'autres maladies, soit comme suite d'états morbides graves et nombreux. L'intensité des accidents qu'elles déterminent, la facilité avec laquelle elles passent à l'état chronique, la difficulté extrême de leur diagnostic à cause des épiphénomènes nombreux et difficilement appréciables qu'elles présentent, l'opiniâtreté avec laquelle elles résistent aux médications les plus rationnelles, enfin, les difficultés multipliées que présente leur thérapeutique : toutes ces circonstances nous imposent l'obligation de discuter avec de longs détails toutes les parties de l'histoire de ces maladies. Nous ne pouvons trop insister sur des états morbides dont la curation rationnelle déjoue trop souvent l'expérience des plus habiles praticiens, et contre lesquelles échouent le plus souvent les jeunes médecins, qui ne trouvent point dans les livres dogmatiques modernes de monographie complète de ces affections protéiformes et réfractaires des organes digestifs.

De la fréquence et de la gravité des dyspepsies cardialgiques.

ART. I. Des symptômes des dyspepsies cardialgiques.

2377. Toutes les dyspepsies cardialgiques ont pour symptômes communs et primordiaux les douleurs gastriques et les accidents qui se rattachent à l'imperfection des fonctions digestives. L'exposition de ces symptômes et des modifications qu'ils subissent ne suffit pas pour faire connaître les formes différentes des cardialgies. Ces symptômes de souffrance et de trouble fonctionnel des organes digestifs se joignent à des phénomènes secondaires qui varient de forme et d'intensité suivant les différentes périodes de la durée de la maladie, suivant l'étendue et la gravité de la diacrise des organes disgestifs et des organes sécréteurs annexes au tube digestif qui constitue sa condition essentielle et primordiale, et enfin suivant la profondeur et l'étendue des désordres secondaires que la perturbation des fonc-

Nécessité de diviser les cardialgies d'après les formes principales qu'elles revêtent, moins d'après leurs symptômes essentiels que par suite des dérangements qu'elles provoquent dans les grandes fonctions.

tions digestives apporte dans les fonctions générales de l'organisme, et spécialement dans les fonctions de la nutrition et de l'innervation. Nous sommes ainsi obligé, pour que les tableaux nosographiques résument fidèlement les observations cliniques, de décrire séparément les formes principales des dyspepsies cardialgiques telles qu'elles se présentent dans la pratique. Il importe seulement d'établir d'abord que ces formes distinctes des dyspepsies cardialgiques ne sont que des degrés différents de la même affection modifiée par les phénomènes qui se joignent à elle par suite de l'influence perturbatrice que sa condition morbide essentielle apporte dans l'accomplissement des grandes fonctions.

Indication des formes principales des dyspepsies cardialgiques.

2378. Nous allons décrire successivement les formes principales des cardialgies en les considérant à l'état aigu, sous le nom de *Dyspepsies cardialgiques aiguës;* à l'état chronique, sous la dénomination de *Dyspepsies cardialgiques chroniques ou réfractaires*; enfin avec la prééminence de symptômes nerveux, sous le nom de *Cardialgies ataxiques ou hypochondriaques.* Nous rapporterons à chacune de ces formes des cardialgies les différences qu'elles présentent suivant l'intensité et l'étendue de la diacrise gastro-intestinale ou gastro-hépatique qui les constitue. Nous résumerons ensuite, dans un quatrième paragraphe, les symptômes principaux de ces maladies en insistant sur les phénomènes qui résultent de l'association des effets simultanés du trouble de plusieurs fonctions qui se produisent pendant leur durée. Ces phénomènes sont dans un grand nombre de cas les symptômes les plus tranchés des cardialgies; ils constituent des formes morbides en quelque sorte mixtes, qui ne peuvent se rapprocher que par une appréciation rationnelle de leur nature, des accidents essentiels de chacune des trois formes principales des dyspepsies cardialgiques.

§ I. *Des symptômes des dyspepsies cardialgiques aiguës.*

2379. Les maladies que nous réunissons sous la dénomination de *dyspepsies cardialgiques aiguës*, ont pour symptômes communs les douleurs aiguës qui occupent l'appareil gastro-intestinal, et tous les phénomènes qui se rattachent à la perturbation des fonctions digestives. Ces maladies, malgré la nature identique de la condition morbide qui les constitue, se présentent avec d'assez grandes différences dans les accidents qui les caractérisent, pour qu'il soit impossible de comprendre l'exposition de leurs symptômes dans une description générale, de là la nécessité de les décrire successivement en les divisant d'après le siège immédiat de leurs principaux symptômes en *cardialgies*, en *cardialgies bilieuses* et en *cardio-entéralgies*.

Des formes principales des dyspepsies cardialgiques aiguës.

2380. L'invasion des cardialgies aiguës a presque toujours des prodromes; elle ne survient guère d'une manière imprévue que lorsqu'elle est le résultat immédiat de causes puissantes et appréciables. Dans ce dernier cas, la maladie débute avec une grande intensité, tandis que si elle est précédée de prodromes, elle s'établit par l'accroissement progressif des symptômes précurseurs qui constituent comme son premier degré.

Des prodromes des cardialgies aiguës.

2381. Voici les prodromes les plus ordinaires des dyspepsies cardialgiques aiguës.

Les malades éprouvent, surtout pendant la digestion, un sentiment de faiblesse générale, marqué par des lassitudes spontanées et une sorte d'accablement; ils se plaignent de céphalalgie gravative, de douleurs obtuses à l'épigastre, avec un sentiment de réplétion de l'estomac et d'oppression et de serrement à la base de la poitrine; ils ont des bâillements, des douleurs vagues dans les membres, du froid aux extrémités, souvent des douleurs aiguës et fugaces aux jarrets et dans les avant-bras; la bouche se remplit souvent d'une salive épaisse qui provoque la sputation; il survient des éructations sans sa-

veur ou acides ; l'appétit est nul ou dépravé et quelquefois exagéré; des flatuosités sont fréquemment excrétées par l'anus; les urines sont aqueuses et abondantes. Les malades ont ordinairement une constipation insolite, de l'insomnie, de l'agitation dans le lit avec un sentiment de sécheresse de la peau, une irritabilité nerveuse plus prononcée que celle qui résulte de leur susceptibilité habituelle, des vertiges lorsqu'ils se tiennent debout, ou lorsqu'ils fixent fortement leur attention ; ils sont dans l'impossibilité de s'appliquer à des travaux intellectuels.

Ces symptômes précurseurs constituent par leur réunion un état valétudinaire pendant lequel il est souvent difficile de préciser le siège des principaux accidents. Toutefois il est évident que c'est le trouble des fonctions digestives qui prédomine.

Tous ces symptômes varient d'intensité aux différentes heures de la journée, ils sont d'ordinaire plus prononcés dans la matinée. Leurs exacerbations se manifestent surtout après des repas dans lesquels les malades ont ingéré une plus grande quantité d'aliments; elles sont habituellement plus intenses pendant la digestion des aliments végétaux et féculents, ou des aliments liquides auxquels les malades se sont réduits dans l'espoir de tempérer le malaise que provoque l'accomplissement de la digestion. Il survient fréquemment après ces repas des selles stercorales liquides qui interrompent la constipation habituelle.

Cet état valétudinaire dure le plus ordinairement plusieurs semaines, avec des intervalles d'interruption plus ou moins longs des accidents. Pendant ce temps-là le visage s'altère et prend l'empreinte de la langueur, les forces diminuent au point que la fatigue se manifeste par les exercices même les plus modérés; l'irritabilité nerveuse fait des progrès; les malades ne manquent guère de faire remarquer qu'ils ne réparent plus leurs forces, malgré l'ingestion journalière d'une quantité suffisante d'aliments.

2382. La cardialgie se manifeste pendant le cours de cet état valétudinaire précurseur. Ses symptômes initiaux surviennent le plus souvent après les repas, pour durer seulement quelques heures et se reproduire pendant les digestions ultérieures, chaque fois avec plus d'intensité.

**Mode d'invasion des cardialgies aiguës pendant les prodromes.**

2383. Le premier symptôme d'invasion de la cardialgie est la douleur épigastrique, le plus souvent concentrée sous l'appendix xiphoïde, dans un assez grand nombre de cas étendue sous le bord de l'hypochondre droit, occupant parfois en même temps l'épigastre et le bord des deux hypochondres; plus fréquemment s'étendant de l'appendix xiphoïde sous le sternum jusque vers le milieu de la hauteur de cet os. Cette douleur est habituellement gravative, ou pulsative et brûlante, quelquefois dilacérante; elle est toujours accompagnée d'anxiété, de tension à l'épigastre, de malaise universel, d'un sentiment de froid surtout aux extrémités abdominales, d'une sorte d'oppression dyspnéique qui nécessite des inspirations plus fréquentes et plus profondes, et faites avec une sorte d'effort.

**Des symptômes d'invasion des cardialgies aiguës.**

La douleur épigastrique commence ordinairement peu d'instants après le repas; elle augmente progressivement pendant deux ou trois heures pour diminuer ensuite avec lenteur, de manière à cesser ou au moins à se réduire à sa plus faible intensité quatre à cinq heures après l'ingestion des aliments. Pendant ce temps là le malade éprouve de la sécheresse et de la chaleur à la gorge, il a souvent des nausées ou plutôt le sentiment d'un besoin de débarrasser l'estomac d'une surcharge qui provoque une sensation de pesanteur et de distension; des éructations sans saveur ou acides et brûlantes sont rendues avec un soulagement de quelques instants. Les glandes salivaires et peut-être les cryptes mucipares buccales et pharyngiennes déposent dans la bouche un liquide visqueux continuellement rejeté par expuition. Pendant que l'estomac est le siège de cette souffrance, le face pâlit et devient comme plombée, le

regard est terne et exprime l'anxiété ; la langue est large, blafarde, visqueuse et souvent tremblante ; le malade a une céphalalgie gravative obtuse sans siége déterminé ; il éprouve une faiblesse générale avec propension à la somnolence ; le moindre effort pour se livrer à des travaux intellectuels détermine des vertiges, un sentiment d'embarras dans la tête et quelquefois l'imminence de la lipothymie.

Des nausées et des vomissements cardialgiques.

2384. Dans un assez grand nombre de cardialgies la douleur gastrique s'accompagne de nausées et de vomissements. Quelquefois ces excrétions insolites surviennent avec une douleur cardialgique qui n'excède pas en intensité un sentiment de douleur oppressive et comme de replétion à l'estomac. Dans les cardialgies intenses où la douleur gastrique est très vive et comme dilacérante, il est rare que les vomissements ne se manifestent pas.

Ces vomissements déterminent l'expulsion des aliments ingérés, déjà en partie convertis en chyme ; le plus souvent ils ne produisent que l'expulsion de pituite plus ou moins liquide ou visqueuse. Lorsque ces vomissements se reproduisent à intervalles rapprochés, les malades rejettent un liquide bilieux jaunâtre ou verdâtre, ou au moins la pituite rejetée d'abord incolore, finit par être plus ou moins mêlée de bile jaune ou verdâtre. Les liquides ainsi rejetés sont quelquefois presque sans saveur ; dans la plupart des cas, ils ont une saveur acide qui agace les dents et provoque à la gorge un sentiment d'acreté.

La plupart de ceux qui vomissent ainsi dans les accès de cardialgie, vomissent dès que la douleur gastrique est développée ; chez quelques uns ce n'est qu'après plusieurs heures de durée des douleurs que les vomissements surviennent, l'expulsion de la matière pituiteuse met ordinairement fin aux souffrances du malade.

État du malade après les symptômes d'invasion de la cardialgie.

2385. Quand la douleur gastrique a disparu, le malade reste avec un certain degré de faiblesse et de lassitude ;

il éprouve du froid aux extrémités; la bouche s'humecte, mais elle est le siège d'une saveur souvent acide, quelquefois poivrée, dans quelques cas comme salée et même sucrée. Le malade conserve pendant quelques heures des éructations avec des borborygmes suivis ou accompagnés de l'émission de flatuosités sèches.

2386. Quand la cardialgie est intense, les malades ont dans les intervalles des repas et surtout le matin à jeun une douleur obtuse, quelquefois comme constrictive ou comme rongeante à l'épigastre, ou sous le bord des hypochondres surtout à droite. Ils continuent à ressentir une anxiété thoracique qui rend leur respiration suspirieuse; ils ont une répugnance extrême à se livrer au mouvement. La bouche reste invisquée d'une salive épaisse comme serait une solution de gomme, acide ou sans saveur; les éructations, les borborygmes et les flatuosités sont plus rares, mais ne cessent pas entièrement; une douleur céphalalgique quelquefois lancinante et comme térébrante, sus-orbitaire, presque toujours obtuse, se joint à tous ces accidents. Symptômes permanents de la cardialgie aiguë.

2387. L'appétit est ordinairement diminué ou au moins perverti pendant la durée des cardialgies aiguës; la plupart des malades éprouvent à l'heure des repas le désir de prendre des aliments, ce désir coïncide même assez souvent avec une récrudescence de la douleur cardialgique, principalement le matin. La satiété survient dans la plupart des cas, dès l'ingestion des premières bouchées d'aliments; souvent même il se manifeste immédiatement une répugnance extrême à manger, ordinairement provoquée par une absence de perception des saveurs que les malades expriment en disant qu'il semble qu'ils aient la bouche remplie de terre, ou par la sécrétion d'une salive visqueuse ordinairement accompagnée d'un sentiment d'ardeur et de constriction à la gorge qui rend la déglutition difficile. Symptômes immédiatement produits par l'ingestion des aliments.

2388. La constipation est un des symptômes les plus con- Altération des excrétions alvines dans la cardialgie aiguë.

stants de la cardialgie aiguë ; elle est souvent telle que les excrétions alvines restent tout à fait supprimées et qu'on ne peut même dans beaucoup de cas les rétablir par l'administration des purgatifs. Il n'est pas très rare d'observer des cas dans lesquels la constipation alterne avec la diarrhée stercorale, ordinairement alors peu abondante. La prolongation de la constipation, surtout dans les cas où elle alterne avec des évacuations de selles molles, finit par déterminer au bout de quelques jours des douleurs tormineuses avec une tension et une rénitence du ventre sur les flancs et autour de l'ombilic, avec des borborygmes et des flatuosités abondantes rendues par l'anus.

Modifications des fonctions de la circulation dans les cardialgies aiguës.

2389. La cardialgie aiguë n'est point ordinairement jointe à un état fébrile ; toutefois il n'est pas très rare, quand elle est intense, de voir la fréquence du pouls se joindre à ses symptômes, cela arrive surtout quand la douleur épigastrique acquiert une très grande vivacité comme lorsqu'elle prend le caractère de ces violentes douleurs dilacérantes qu'on a appelées crampes d'estomac, ou bien lorsque des vomissements se produisent avec de violents efforts. La fréquence du pouls, habituellement alors peu marquée, ne se prolonge guère pendant plus de trois ou quatre heures après le repas ; elle est d'ordinaire jointe à la sécheresse de la peau et à un état d'anxiété et d'agitation.

L'influence exercée par la maladie sur l'appareil circulatoire, lorsqu'elle n'est pas portée au point de provoquer un état fébrile évident à l'exploration du pouls, se manifeste souvent par une chaleur de la face et des tempes et par une injection des pommettes quelquefois limitée à une seule joue. Fréquemment aussi cette influence se montre par la manifestation de palpitations quelquefois très intenses.

Dans la plupart des cas le pouls devient serré et quelquefois irrégulier, la peau reste sèche et les extrémités froides pendant toute la durée de la douleur intense de l'épigastre ; lorsque cette douleur vient à diminuer, la peau

reprend sa chaleur habituelle, et le corps se couvre souvent de sueur, particulièrement sur la poitrine et l'abdomen.

2390. La cardialgie aiguë, même quand ses symptômes sont modérés, exerce toujours une grande influence sur les fonctions du système nerveux. Au plus faible degré, pendant les souffrances gastriques, les malades éprouvent une irritabilité extrême qui leur fait supporter avec impatience toutes les impressions sensitives ou intellectuelles. Quand les accidents sont intenses, les malades éprouvent des mouvements spasmodiques, des douleurs dans les membres, un sentiment de courbature des plus pénibles, l'impossibilité de rester en place, des mouvements respiratoires saccadés et irréguliers, etc. Quelques malades naturellement très irritables, et surtout les femmes, ont par suite des douleurs cardialgiques et des efforts de vomissements, des spasmes nerveuses comme hystériques.

Accidents nerveux des cardialgies aiguës.

2391. Le sommeil est agité et interrompu à de courts intervalles dans la plupart des dyspepsies cardialgiques aiguës; il s'accompagne souvent de rêves pénibles, de cauchemar, de réveils en sursaut; un grand nombre de malades poussent des gémissements involontaires et des soupirs pendant leur sommeil non réparateur. Cette agrypnie est d'autant plus remarquable, que chez un grand nombre de ces malades le travail pénible de la digestion provoque une véritable somnolence. Ces symptômes se produisent surtout quand les douleurs cardialgiques réveillées par le repas du soir, se prolongent pendant la nuit; quelquefois cependant ils surviennent même dans les intervalles des douleurs, et quand le malade se livre au sommeil, l'estomac étant vide.

2392. L'exploration médiate des organes abdominaux pendant les douleurs cardialgiques est souvent très douloureuse, surtout lorsqu'elle s'exerce sur l'épigastre et aux bords des hypochondres. Dans la plupart des cas, ces régions de l'abdomen ont un certain degré de tension pendant que la

Etat de l'abdomen à l'exploration dans les cardialgies aiguës.

présence des aliments dans l'estomac provoque une plus grande intensité des douleurs cardialgiques ; toutefois il n'est pas rare que la pression abdominale lentement graduée diminue la douleur et finisse par soulager le malade.

**Marche et durée des cardialgies aiguës.**

2393. La dyspepsie cardialgique aiguë n'a pas une marche continue ; elle se montre par paroxysmes ou par exacerbations surtout pendant la digestion. Considérée dans l'ensemble de ses paroxysmes ou de ses redoublements, elle a le plus souvent une assez longue durée, même lorsqu'on lui oppose les moyens de curation les plus rationnels; il est rare qu'elle dure moins de deux ou trois septénaires. Il est vrai que pendant tout ce temps elle ne conserve pas la même intensité. Dans les cas les plus favorables, la continuité des accidents intenses cesse au bout de cinq à six jours, mais la persistance de l'état morbide se manifeste encore par le retour des accidents interrompus dans les intervalles des repas, à chaque ingestion d'aliments et surtout par l'ingestion de certains aliments moins aptes à subir l'élaboration gastrique. Le plus souvent les derniers symptômes de la cardialgie se reproduisent aux repas du matin, lorsqu'ils ne se montrent plus après les repas du jour ou du soir.

2394. Quand la cardialgie dépasse la durée de trois ou quatre septénaires, même lorsqu'elle est réduite au point de ne plus se montrer que par des accidents peu intenses reproduits par l'ingestion des aliments, elle ne tarde pas à marquer son passage à l'état de cardialgie chronique ou de cardialgie hypochondriaque en déterminant des accidents nerveux et un trouble de la nutrition. Ces nouveaux symptômes caractérisent spécialement la forme de maladies chroniques en lesquelles se transforment le plus grand nombre des dyspepsies aiguës, surtout lorsqu'elles sont combattues par une médication mal conçue ou qu'elles sont abandonnées à l'influence d'une hygiène mal réglée.

**Conversion de la cardialgie aiguë en cardio-entéralgie.**

2395. La cardialgie se modifie quelquefois par l'explo-

sion d'accidents aigus du côté du tube digestif, qui la convertissent en cardio-entéralgie plus ou moins intense; il suffit souvent que le malade se laisse aller à l'ingestion d'aliments de difficile digestion ou qu'il subisse l'influence d'une cause externe, comme par exemple d'un refroidissement ou d'une commotion morale, pour qu'on voie se produire des accidents tormineux. Il n'est pas rare de rencontrer des malades qui ont éprouvé plusieurs fois ces alternatives de cardialgie simple et de cardio-entéralgie.

Formes de la cardialgie qui survient sans prodromes.

2396. La cardialgie aiguë que nous venons de décrire est la forme de cette maladie la plus fréquente. Lorsque la maladie se manifeste sans prodromes les accidents du côté de l'estomac (2383) se manifestent d'emblée ordinairement après le repas. Ils ont toujours alors une grande intensité dès le premier accès.

Observation clinique sur une cardialgie aiguë précédée de prodromes.

2397. L'observation clinique suivante présente un tableau des principaux accidents de la cardialgie aiguë.

Une femme de 25 ans, d'un tempérament lymphatique et d'une extrême susceptibilité nerveuse, avait repris sa santé après un heureux accouchement survenu trois mois auparavant, lorsque son enfant tomba malade d'une inflammation intestinale à laquelle il succomba. Pendant les cinq semaines que dura la maladie de son enfant, cette dame éprouva un dérangement des fonctions digestives, caractérisé par une irrégularité extrême de l'appétit, un sentiment de douleur constrictive et de pesanteur épigastrique pendant les digestions; elle avait habituellement de la soif et de temps à autre une douleur céphalalgique intense. Son sommeil était interrompu par la préoccupation que lui suggérait l'état de son enfant auprès duquel elle passait une partie des nuits. Elle eut recours à l'usage du thé en grande quantité, dans l'intention de soutenir ses forces et de favoriser ses digestions. Les règles survinrent dans cet intervalle, elles furent abondantes au point de constituer une véritable ménorrhagie; elles s'accompa-

gnèrent pendant trois jours de vives douleurs aux lombes et dans les aines, surtout pendant la station. Dans la dernière semaine de la maladie de son enfant, cette dame à peine remise des accidents menstruels ne se coucha point; elle avait perdu tout à fait l'appétit et ne se soutenait qu'en prenant des biscuits imbibés d'eau sucrée, et de l'infusion de thé noir; le jour et le lendemain de la mort de son enfant elle eut plusieurs attaques hystériques et des vomissements muqueux survenus sans ingestion d'aliments. Pendant les quatre à cinq jours suivants, elle se nourrit de bouillon léger dont la digestion était pénible et accompagnée d'éructations fréquentes et de douleurs obtuses à l'épigastre. On remplaça le bouillon par des potages légers et l'on administra une petite quantité de viande blanche; les accidents cardialgiques se manifestèrent avec plus d'intensité; une douleur comme constrictive existait à la base du sternum à l'épigastre, cette douleur s'accompagnait d'éructations acides presques continues, de sécheresse à la gorge, d'un sentiment général de brisement des membres, de pesanteur à la tête et d'une douleur susorbitaire obtuse. La pression épigastrique provoquait d'abord une impression pénible; mais en la continuant avec lenteur, cette pression diminuait la douleur profonde. La malade ne pouvait rester debout sans éprouver une disposition à la lipothymie : elle avait de fréquentes palpitations provoquées par les plus faibles sensations imprévues, telles que celle qu'occasionne le bruit d'une porte qu'on ferme. Elle se plaignait d'une vive chaleur à la face et sur les tempes, et d'un froid continuel aux extrémités abdominales. Elle était tourmentée par de fréquents borborygmes, dont le bruit était entendu des personnes qui l'approchaient. Elle éprouvait le désir de prendre des aliments qu'elle croyait propres à remédier au sentiment de défaillance qu'elle éprouvait et qu'elle rapportait surtout à l'épigastre. Elle percevait, immédiatement après l'ingestion

des aliments, une saveur acide à la bouche et un resserrement à la gorge qui rendait la déglutition difficile. Les potages faits avec du bouillon léger lui semblaient sans saveur; ils provoquaient bientôt un sentiment d'ardeur et comme de brûlure à l'épigastre et des crampes d'estomac. Elle sentait, disait-elle, le bouillon ingéré dans l'estomac pendant trois ou quatre heures, durant lesquelles elle avait presque continuellement des éructations qui lui amenaient du vinaigre à la bouche; elle avait une sputation continue de salive visqueuse. Cette souffrance des organes digestifs s'accompagnait de douleurs contusives dans les jarrets. Dans les cinq à six jours qui avaient précédé la mort de son enfant, cette dame avait eu chaque jour deux ou trois selles diarrhéiques rendues avec quelques coliques; depuis lors les selles étaient tout à fait supprimées; les urines étaient aqueuses et abondantes. Nous conseillâmes l'ingestion par petites tasses répétées toutes les deux heures d'une infusion très légère de fleurs de guimauve et de camomille, avec addition d'une cuillerée à café d'eau de chaux, sans addition de sucre; nous prescrivîmes deux bains légèrement frais de dix à quinze minutes de durée chaque jour, et nous fîmes administrer pour aliment trois fois par jour une petite quantité de viande de cotelette de mouton grillée complètement dépouillée de graisse et prise froide, et pour boisson une petite quantité d'eau pure. Cette médication n'eut d'abord aucun résultat utile, la malade n'avait pu manger les aliments recommandés qu'avec une grande répugnance et une sorte d'effort, et ils provoquaient l'exacerbation habituelle des douleurs pendant la digestion. Le sixième jour une plus grande quantité d'aliments fut prise et les douleurs cardialgiques que provoquait la digestion furent considérablement diminuées. Nous fîmes administrer le soir deux centigrammes d'extrait aqueux thébaïque; la nuit fut calme, il y eut plusieurs heures de

sommeil paisible. Le dixième jour une pareille dose d'extrait aqueux d'opium fut donnée une demi-heure avant l'ingestion des aliments trois fois dans la journée. Les douleurs cardialgiques furent presque nulles pendant la digestion et cessèrent tout à fait le soir. Le douzième jour nous suspendîmes l'administration de l'eau de chaux, et nous la remplaçâmes par l'eau alcaline gazeuse mêlée à partie égale d'une légère infusion de camomille romaine ; la malade fut débarrassée des éructations acides, et les borborygmes cessèrent. L'eau alcaline gazeuse avec addition d'une cuillerée de vin de Grave par verre fut donnée aux repas ; la digestion provoqua encore des douleurs cardialgiques, mais elles furent modérées ; il y eut des urines troubles assez abondantes ; la nuit suivante fut calme avec peu de sommeil, nonobstant l'administration de quatre centigrammes d'extrait d'opium. Vers le matin du quinzième jour une sueur assez abondante se manifesta : la malade prit sur notre conseil un potage gras léger qui détermina de vives douleurs cardialgiques, des éructations acides et même des envies de vomir. Pendant le reste de la journée elle eut une anorexie extrême et ne prit aucun aliment; la nuit suivante fut agitée et sans sommeil, les douleurs dans les jarrets reparurent. Le seizième jour nous insistâmes pour que la malade s'abstînt de tout autre aliment que des viandes grillées et rôties prises froides et nous conseillâmes de substituer aux bains simples des bains rendus alcalins par l'addition de deux cents grammes de carbonate de soude. Pendant les quatre jours suivants, les douleurs cardialgiques se reproduisirent à un léger degré pendant la digestion des premiers repas seulement. La malade continuait à ressentir de la céphalalgie et des éructations fréquentes, avec une sorte de besoin de vomir accompagné de l'expuition fréquente d'une salive visqueuse; la langue, qui jusqu'alors avait été nette et molle, était légèrement saburrhale à sa base. Depuis deux jours la ma-

lade avait de la chaleur à la bouche avec une saveur comme de poivre; la constipation persistait, des demi-lavements donnés depuis trois ou quatre jours, n'avaient déterminé aucune évacuation. Nous conseillâmes d'insister sur les mêmes moyens et d'y joindre l'ingestion tous les matins d'un verre d'eau magnésienne saturée; cette médication fut continuée pendant trois ou quatre jours. La malade ne conservait plus de sa maladie que des éructations acides le matin avec quelques douleurs cardialgiques ; les aliments étaient pris en plus grande quantité; ils étaient facilement supportés et les forces se rétablissaient ; les évacuations alvines reparurent, elles furent d'abord très difficiles et peu abondantes. Vingt jours après, cette dame, qui paraissait tout à fait rétablie, voulut quitter le régime que nous lui faisions suivre; elle fut reprise deux jours après de douleurs à l'estomac par suite de l'ingestion d'une petite quantité de chocolat à l'eau, et fut obligée de revenir à toute la rigueur du régime; elle ne put l'abandonner qu'au bout de cinq à six semaines : son rétablissement était alors complet. Plus d'une année s'est écoulée depuis et la santé de cette dame n'a plus éprouvé de dérangement.

Nous devons signaler d'abord chez la malade sur laquelle a été recueillie cette observation, les symptômes de trouble des fonctions digestives occasionnés par son état moral et par les fatigues qu'elle avait éprouvées auprès de son enfant malade. Ces premiers accidents, parmi lesquels se montraient des symptômes cardialgiques peu intenses, étaient exagérés par l'ébranlement du système nerveux occasionné par les circonstances dans lesquelles se trouvait la malade; ce furent là les symptômes précurseurs de la cardialgie, qui fut bientôt déterminée par la commotion morale qui suivit la mort de l'enfant et par le régime mal entendu que la malade adopta.

La cardialgie était continue, ses symptômes s'exaspé-

raient pendant la digestion; la maladie persista dans cet état pendant huit à dix jours; lorsqu'ensuite elle commença à décroître, ses symptômes subissaient encore une exacerbation après l'ingestion des aliments. Bientôt ces exacerbations constituèrent tous les accidents de la cardialgie qui s'interrompaient dans les intervalles des repas. Enfin quand la maladie approcha de son terme les accidents furent réduits à la souffrance des organes digestifs après chaque repas et surtout après le repas du matin.

Tant que la cardialgie a eu de l'intensité, la sécrétion bucco-salivaire a été exagérée et modifiée dans ses produits, l'exhalation cutanée a été suspendue, la sécrétion urinaire ne fournissait que des urines aqueuses mal élaborées. Des gaz excrétés par en haut et par en bas, ou signalés par la présence des borborygmes, étaient produits dans le tube digestif; enfin les excrétions alvines étaient suspendues. La diminution de l'état morbide s'est prononcée, surtout lorsque la diaphorèse est survenue même en excès. Bientôt les urines ont repris l'apparence normale, et enfin la cessation de la constipation a bientôt succédé à la disparition de la sécrétion bucco-salivaire.

2398. Les dyspepsies cardialgiques aiguës subissent de nombreuses modifications dans leurs formes par l'accession d'épiphénomènes dus à des modifications de l'affection du tube digestif et de ses annexes. Les principales de ces modifications, auxquelles d'ailleurs la plupart des autres se rapportent, constituent les dyspepsies cardialgiques bilieuses.

Caractère principal des cardialgies bilieuses aiguës.

2399. Les cardalgies bilieuses doivent leurs formes spéciales à l'accession des symptômes d'une diacrise bilieuse aux accidents cardialgiques aigus proprement dits.

Observation clinique sur une cardialgie bilieuse aiguë.

2400. Le fait sur lequel a été recueillie l'observation suivante que Schmidtmann a conservée est un exemple des plus prononcés de dyspepsie cardialgique bilieuse aiguë.

« Un boucher âgé de plus de cinquante ans, d'un tempérament bilieux, très irritable et enclin à la colère, disposé à l'hypochondrie et sujet à de fréquentes douleurs de colique, fut pris de cardialgie après un violent chagrin. Le lendemain, 5 mai, Schmidtmann le trouva criant à cause d'une douleur atroce qu'il ressentait à l'épigastre, qui était le siège de faibles palpitations. Il se tenait courbé et immobile pour modérer les cruelles douleurs qu'il éprouvait, et qui irradiaient vers le dos et jusqu'aux épaules ; il avait des éructations amères et âcres, de l'anorexie, une soif vive, de la dyspnée, des borborygmes. La langue était saburrhale, la bouche était amère ; l'urine était safranée ; les yeux tristes et inanimés, les traits décomposés et les muscles du visage contractés ; le faciès exprimait les plus vives douleurs ; le corps était tout tremblant ; le pouls était à peine sensible, contracté, petit et dur ; les mains et les pieds étaient froids ; les moindres mouvements augmentaient les douleurs d'estomac. Le malade n'avait point de sommeil. Schmidtmann prescrivit l'administration d'un lavement émollient et d'une poudre composée de rhubarbe, de valériane, de noix vomique et de poudre aérophore à doses suffisantes pour provoquer des évacuations alvines, et de la limonade pour boisson. Le 6 mai, le malade eut plusieurs évacuations alvines formées de matières liquides âcres qui irritaient l'anus : les douleurs furent beaucoup diminuées. Le 7 mai, un léger flux de ventre s'établit ; la cardialgie avait beaucoup diminué, la langue se nettoyait, la saveur nidoreuse de la bouche se dissipait, l'appétit reparaissait. Le malade avait de la toux ; on lui administra la décoction de lichen d'Islande et une infusion de chardon bénit et de racine de valériane avec de l'extrait de noix vomique, de l'eau de laurier cerise et de l'esprit de nitre dulcifié. Le 11 mai, tous les symptômes saburrhaux avaient disparu ; mais la douleur cardialgique avait seulement diminué. Le battement incommode de la région épigastrique persistait ;

mais l'impulsion du cœur et les diastoles artérielles n'étaient point concordantes. Le malade désirait des aliments avec avidité; il avait de la toux modérée et des crachats muqueux : on insista sur les mêmes moyens thérapeutiques. Le 15 mai, la douleur cardialgique avait complètement cessé, les palpitations épigastriques revenaient par intervalles; la débilité était extrême : du vin généreux en petite quantité fut prescrit avec une teinture amère. Le 23 mai, les palpitations précordiales avaient entièrement cessé; il ne restait des symptômes de cette maladie qu'une grande faiblesse. Le malade fut mis à l'usage d'un vin composé préparé avec la limaille de fer, l'écorce de quinquina et d'oranges, de racine de valériane et de gentiane. Le 10 juin, toute trace de maladie avait disparu [1]. »

Nous trouvons dans cette observation un exemple de cardialgie aiguë survenue sans prodromes sous l'influence d'une vive commotion morale. Les symptômes ont eu dès le début une extrême intensité; ils ont présenté la réunion des accidents de la cardialgie aiguë la plus vive, et de ceux de la dyspepsie bilieuse intense (1713); toutefois ceux-ci ont été évidemment moins prononcés que les symptômes cardialgiques qui ont persisté pendant toute la durée de la maladie.

Observation clinique sur une dyspepsie cardialgique qui a pris pendant son cours la forme de la cardialgie bilieuse aiguë intense.

2401. Dans l'observation suivante, les accidents de la cardialgie bilieuse se sont manifestés avec moins de rapidité. Les symptômes cardialgiques proprement dits, quoique toujours très prononcés, et bien qu'ils aient précédé les phénomènes diacritiques ou bilieux, n'ont pas eu, pendant plusieurs jours, toute l'intensité des symptômes fournis par la diacrise hépatique accessoire.

Un ecclésiastique, âgé de trente-six ans, d'une forte constitution, éprouvait depuis dix à douze jours une douleur obtuse à l'épigastre, pendant deux ou trois heures,

[1] Schmidtmann; *Summa obs. med.*, etc., vol. III, cap. IX, obs. V, p. 240.

après les repas. Il se livrait alors avec ardeur à composer et à fixer dans sa mémoire un sermon qu'il devait prononcer le jour de Noël 1836, sans interrompre pour cela les fonctions de son ministère dans une des grandes paroisses de Paris. Il passait plusieurs heures chaque jour au confessionnal; lorsqu'il en sortait, il éprouvait une vive douleur épigastrique, et comme des envies de vomir. Ces accidents se dissipaient assez rapidement, mais l'appétit restait nul, et la digestion était lente et accompagnée de fréquentes éructations. Le jour de Noël, après les fatigues des offices religieux de la nuit précédente et de la matinée, il resta une heure en chaire; à peine en était-il descendu, qu'il fut pris d'une lipothymie qui fut immédiatement suivie d'un frisson et d'un vomissement de matières acides et amères en petite quantité; il se mit au lit, et but plusieurs tasses de thé léger. La nuit fut sans sommeil, et une douleur épigastrique assez vive et comme térébrante se fit sentir par intervalles. Le lendemain l'épigastre était le siège d'une douleur érodante spontanée et continue; il était tendu et douloureux au toucher. La douleur à la pression occupait tout le côté droit de l'épigastre jusque sur le milieu du bord de l'hypochondre, et descendait jusqu'auprès de l'ombilic. L'exploration par le palper provoquait des envies de vomir. La face était pâle, grippée et empreinte d'une expression de vive anxiété; la langue était tremblante, large et faiblement saburrhale; il n'y avait pas de soif. Le malade était tourmenté par des éructations amarescentes; il éprouvait un sentiment d'oppression anxieuse continuelle; les urines étaient supprimées depuis la veille. Il y avait eu vers la fin de cette nuit une selle liquide formée de matières bilieuses qui avaient provoqué un sentiment d'érosion à l'anus. Le pouls était serré et dur, sans fréquence. Nous prescrivîmes une infusion légère de fleurs de guimauve, avec addition de deux cuillerées à café de magnésie calcinée, et d'une même quantité d'eau de fleurs d'oranger

pour un litre de tisane, à prendre par demi-tasse d'heure en heure, à une température tiède. Le malade eut dans la journée trois vomissements peu considérables de bile verdâtre qui survinrent avec de très vives douleurs épigastriques. Le soir, il était dans un état d'angoisse excessive; il avait des envies de vomir presque continuelles, et une douleur rongeante épigastrique qui s'exaspérait d'instant en instant. La bouche était remplie d'une salive visqueuse amère qui provoquait une sputation continuelle; l'épigastre était tendu et douloureux à la pression. Nous conseillâmes une potion sédative dans laquelle nous fîmes entrer 30 grammes de sirop de diacode et 10 grammes de teinture de succin, à administrer par cuillerée de demi-heure en demi-heure. Les douleurs diminuèrent peu à peu, les envies de vomir cessèrent, et il y eut à la fin de la nuit quatre heures de sommeil agité. Le 27, le ventre était affaissé, la douleur épigastrique était beaucoup moins vive, la bouche était toujours invisquée de salive amarescente, la langue était large et légèrement saburrhale à sa base. Le malade répugnait à prendre des boissons, parce que leur ingestion provoquait une douleur épigastrique comme rongeante; l'épigastre était moins tendu, la pression y occasionnait de vives douleurs qui s'étendaient au côté droit de l'épigastre jusqu'auprès et au dessus de l'ombilic. Le pouls était large, légèrement fréquent; la peau avait sa chaleur normale. Le malade avait excrété une petite quantité d'urines âcres et rougeâtres. Nous conseillâmes d'appliquer quinze sangsues à l'anus, et d'insister sur l'usage de la tisane prescrite la veille, et sur l'administration de la potion pour le soir et la nuit. Le 28, l'amélioration était très prononcée; cependant l'épigastre était toujours par intervalles le siège de douleurs comme lancinantes qui s'accompagnaient d'un sentiment d'érosion qui remontait sur presque toute la hauteur du sternum, et s'étendait latéralement dans le côté gauche du

thorax. Le malade avait de fréquents borborygmes et des éructations amarescentes; il avait eu vers le matin deux selles bilieuses peu abondantes dont l'excrétion avait entraîné immédiatement une disposition à la défaillance, avec un sentiment de brisement dans les membres. Dans la soirée, un frisson léger se manifesta, la douleur épigastrique devint érodante; il y eut quelques efforts de vomissements. Nous trouvâmes le malade dans un état d'anxiété extrême, se plaignant d'une douleur rongeante à l'épigastre, de froid aux pieds et aux mains; de temps en temps il éprouvait autour de l'ombilic des douleurs tormineuses obtuses suivies de quelques flatuosités par l'anus. Nous conseillâmes d'administrer la potion sédative; il y eut dans la nuit deux ou trois heures de sommeil agité. Le 29, le malade était calme, la douleur épigastrique ne se faisait plus sentir que sous la forme d'une douleur gravative continue sans exacerbation. La langue restait jaunâtre, et l'anorexie persistait; le ventre était à demi tendu dans la région ombilicale. Nous prescrivîmes l'administration d'une potion rendue vomitive par l'addition de 10 centigrammes de tartre stibié à donner par cuillerée de demi-heure en demi-heure, avec recommandation de favoriser les évacuations avec de l'eau tiède. Ce médicament eut pour effet de provoquer des vomissements de liquide bilieux assez abondants, et une selle bilieuse peu considérable. Le soir, la douleur épigastrique ne consistait plus qu'en un sentiment de douleur gravative obtuse. La potion parégorique du premier jour fut recommandée pour la nuit. Le 30 décembre, le malade n'avait plus de douleur abdominale; il ne se plaignait que de faiblesse; la bouche était toujours remplie de salive visqueuse et amarescente, l'anorexie persistait. Nous conseillâmes de prendre une petite quantité de bouillon froid dont l'ingestion fut presque immédiatement suivie d'une douleur rongeante et comme brûlante à l'épigastre. La nuit fut agitée; il survint vers son déclin, des nausées et un vo-

missement bilieux. Nous crûmes devoir laisser la maladie à sa marche spontanée ; nous conseillâmes seulement quelques tasses d'eau alcaline gazeuse, et pour aliment du bouillon coupé pris froid par demi-tasses. Le 4 janvier, le malade conservait une douleur comme rongeante à l'épigastre, qui revenait surtout pendant la digestion et qui s'accompagnait d'éructations amarescentes ; il se plaignait d'une sorte d'embarras vertigineux de la tête, avec froid des extrémités ; il avait de la constipation ; les conjonctives offraient une très légère teinte ictérique ; les urines étaient peu abondantes et légèrement safranées : le sommeil était agité et très imparfait. Nous fîmes commencer l'administration d'un verre d'eau magnésienne saturée le matin, et d'une tisane de houblon légère coupée à parties égales avec l'eau de Vichy naturelle. Nous prescrivîmes de donner pour aliment une petite quantité de viande blanche rôtie sèche et froide. Cette médication fut suivie sans aucun résultat utile jusqu'au 9 janvier. Ce jour là; le malade eut deux selles bilieuses assez abondantes, et les douleurs d'estomac commencèrent à diminuer. Nous insistâmes sur la même médication; les accidents allèrent en s'atténuant. Le 13 janvier. il ne restait plus que des éructations fréquentes pendant la digestion, et une douleur épigastrique obtuse qui même ne se produisait pas à chaque repas. Le 20 janvier, ces derniers accidents avaient tout à fait cessé ; la quantité des aliments, toujours choisis parmi les viandes grillées et rôties prises froides, fut augmentée sans inconvénient. Le 21 janvier, il y eut deux selles liquides bilieuses avec des épreintes et quelques douleurs tormineuses sous-ombilicales ; ce furent les derniers accidents morbides. Le rétablissement fut dès lors complet. L'usage de la décoction légère de houblon coupée avec l'eau de Vichy, et l'alimentation exclusivement composée de viandes sèches, rôties et grillées, furent continués pendant deux ou trois semaines.

Au début de la maladie, et jusqu'au 25 décembre, le ma-

lade ne présenta que les symptômes d'une dyspepsie cardialgique, d'une intensité modérée; après ce jour où l'accroissement subit des accidents fut déterminé par les circonstances spéciales où le malade fut placé, nous trouvons, à côté des symptômes cardialgiques proprement dits devenus plus intenses, des accidents de flux bilieux et de douleur au siège de l'appareil excréteur de la bile; enfin à la période de déclin de la maladie, les symptômes cardialgiques devinrent de nouveau prédominants et persistèrent jusque dans la convalescence.

Exposition des symptômes de la cardialgie bilieuse.

2402. Les symptômes principaux de la cardialgie bilieuse sont l'anorexie, la saveur amarescente à la bouche, des nausées et des vomissements bilieux; la douleur épigastrique occupe surtout le côté droit de l'épigastre et se propage aux hypochondres et remonte jusque dans le dos et aux épaules; les exacerbations des douleurs cardialgiques coïncident avec un accroissement d'intensité des nausées et des vomissements bilieux; l'abdomen est tendu depuis l'appendix xiphoïde jusque vers la région ombilicale; tous ces accidents sont suivis et souvent accompagnés de coliques obtuses et souvent d'excrétions diarrhéiques bilieuses peu abondantes et ordinairement rendues avec des épreintes.

Les symptômes cardialgiques proprement dits ont toujours dans la cardialgie bilieuse une grande intensité; ainsi la douleur épigastrique, que la pression exaspère quelquefois et qu'elle calme dans quelques cas; l'extension de cette douleur aux hypochondres, sous le sternum et dans la poitrine; l'augmentation de la sécrétion bucco-salivaire qui verse dans la bouche un liquide visqueux, presque toujours amarescent et acide; l'augmentation de tous les accidents après l'ingestion des aliments et pendant la digestion se manifestent toujours dans ces maladies.

L'intensité de la cardialgie bilieuse est surtout marquée par l'intensité insolite des symptômes de diacrise

hépatique, toujours avec une grande violence des douleurs cardialgiques proprement dites. Dans les cas ordinaires des nausées avec des éructations amarescentes, jointes à une vive douleur comme érodante à l'épigastre, sont les symptômes dominants; dans les cas plus graves, des vomissements bilieux se joignent à chaque récrudescence des douleurs dilacérantes qui deviennent si vives qu'elles vont jusqu'à produire la lipothymie. La douleur épigastrique occupe le plus souvent le côté droit de l'épigastre vers le bord externe du muscle droit au point correspondant au siège de l'appareil des canaux cholédoques et de la vésicule du fiel.

De l'engorgement de la vésicule biliaire comme symptôme de la dyspepsie cardialgique bilieuse.

2403. L'exploration de la partie supérieure de l'abdomen ne fait ordinairement reconnaître dans les cardialgies bilieuses aucune lésion appréciable des organes adjacents. Dans quelques cas une rénitence prononcée et circonscrite perçue par le palper de l'épigastre, au siège de la vésicule hépatique, montre que cet organe est distendu par un liquide bilieux, au moins pendant la récrudescence des douleurs. Dans les intervalles des exacerbations des douleurs on ne retrouve plus le plus souvent la même douleur à la pression, ni la même rénitence circonscrite sous le bord de l'hypochondre droit. Les évacuations bilieuses par les vomissements et par les selles, qui marquent l'issue de cette tension épigastrique circonscrite, sont une preuve qu'elle est due à l'engorgement bilieux des canaux cholédoques et de la vésicule hépatique.

De l'ictère symptômatique des cardialgies bilieuses.

2404. L'ictère survient quelquefois dans le cours des cardialgies bilieuses. Sa manifestation coïncide avec de vives exacerbations des douleurs cardialgiques; il n'a habituellement qu'une courte durée, mais il se reproduit dans quelques cas plusieurs fois par intervalles pendant le cours de la maladie; il coïncide souvent, il alterne quelquefois avec les vomissements et les selles bilieuses.

2405. Les modifications principales que les symptômes

de la dyspepsie acescente ordinaire (2383) subissent dans la cardialgie bilieuse, consistent dans la saveur amère de la bouche, l'extension plus marquée des douleurs à droite de l'épigastre vers le bord de l'hypochondre, les nausées et les vomissements bilieux, les douleurs tormineuses sous-ombilicales, et quelquefois l'ictère revenant avec les accès de douleurs. La constipation qui existe le plus souvent dans la cardialgie simple, se voit rarement, au moins d'une manière continue, dans la cardialgie bilieuse; les selles liquides de bile, qui provoquent parfois du ténesme sont fréquentes dans cette maladie.

**Comparaison des symptômes de la cardialgie bilieuse avec ceux de la dyspepsie acescent simple.**

Les symptômes généraux sont les mêmes dans la cardialgie bilieuse que dans la dyspepsie acescente simple (2389 *et sqq.*); dans l'une et dans l'autre les forces se brisent, le malade éprouve une extrême anxiété, des douleurs des membres et parfois des crampes dans les extrémités, un sentiment de froid habituel aux pieds et aux mains, une susceptibilité nerveuse extrême, de l'agitation, des palpitations, l'agrypnie, etc.

**Des formes diverses des accidents aux différentes périodes de la cardialgie bilieuse.**

2406. La cardialgie bilieuse aiguë a souvent à son début et conserve pendant les premiers jours une si vive intensité, que les symptômes gastro-intestinaux ont toute l'apparence des accidents inflammatoires des organes digestifs. Cette maladie ne se manifeste pas toujours immédiatement avec les symptômes qui la distinguent; le plus souvent cette forme de la maladie ne se prononce que pendant le cours de la dyspepsie acescente ordinaire à laquelle viennent se joindre, à l'occasion de causes appréciables, les symptômes de diacrise bilieuse qui la caractérisent spécialement, comme cela est arrivé chez le sujet de l'observation que nous avons rapportée.

Lorsque la dyspepsie cardialgique arrive d'emblée et sans prodromes (2396), elle a souvent à son début la forme de la cardialgie bilieuse qu'elle perd au bout de quelques jours pour ne plus présenter que les symptômes de la cardialgie

aiguë simple. Il n'est pas très rare d'observer des cas dans lesquels la cardialgie revient plusieurs fois avec peu d'intensité à quelques jours d'intervalle tantôt avec la forme de la dyspepsie cardialgique simple, tantôt avec celle de la cardialgie bilieuse. Cette variation dans la forme des accidents, de même que les symptômes des récidives si fréquentes dans toutes les cardialgies, montre l'identité de la condition morbide primitive des dyspepsies cardialgiques simples et des cardialgies bilieuses. L'on a souvent en effet l'occasion de rencontrer des personnes qui ont été affectées de cardialgies plusieurs fois, à des intervalles plus ou moins rapprochés, tantôt avec la forme de la dyspepsie acescente simple, tantôt avec la forme de la cardialgie bilieuse ; très souvent aussi chez ces sujets la maladie a passé d'une forme à une autre dans les mêmes attaques.

Caractères des cardio-entéralgies.

2407. Les cardio-entéralgies, la troisième forme des dyspepsies cardialgiques aiguës, se caractérisent par l'adjonction de douleurs et de troubles fonctionnels provenant immédiatement des intestins à tous les accidents des dyspepsies acescentes simples ou des cardialgies bilieuses.

2408. L'observation clinique suivante est un exemple de l'une des formes les plus intenses de la cardio-entéralgie aiguë.

Observation clinique sur une cardio-entéralgie aiguë très-intense.

« Une femme de petite taille, pléthorique et d'une assez grande obésité, âgée de plus de cinquante ans, alla dans une ville voisine visiter un parent ; elle y mangea avec d'autres aliments une grande quantité de chair grasse de mouton rôti ; elle but avec excès de la bière de froment dont elle n'avait jamais fait usage. Le soir, revenue chez elle par un vent très froid, elle commença à se plaindre d'anxiété et d'une vive douleur à l'épigastre, avec un refroidissement de la face et des extrémités ; elle fut fort agitée pendant la nuit. La douleur s'étendit à tout le ventre qui devint distendu par des gaz : les évacuations alvines étaient en même temps supprimées. Ces accidents persis-

tèrent le jour suivant. Après avoir inutilement appliqué des linges et des couvertures chaudes sur le ventre, on consulta F. Hoffmann qui trouva la malade avec un état d'angoisse thoracique extrême qui rendait la respiration difficile, le ventre était remarquablement gonflé, il survenait de temps en temps de légères défaillances. F. Hoffmann prescrivit l'administration toutes les heures de deux tasses d'eau de poulet, avec une cuillerée d'huile d'amandes douces, dix gouttes de liqueur minérale anodine (éther sulfurique dulcifié) et cinq gouttes de baume de vie (huile essentielle de plantes aromatiques et de succin dissoute dans l'alcool) ; il fit ensuite administrer un lavement carminatif et laxatif. Ces médicaments provoquèrent l'expulsion par haut et par bas d'une grande quantité de flatuosités. F. Hoffmann fit enlever les linges chauds appliqués sur le ventre qui augmentaient l'anxiété de la malade et les douleurs abdominales ; il y fit substituer un liniment aromatique et camphré, il ordonna pour calmer la soif qui était très vive, une infusion théiforme, il fit administrer par intervalles une petite quantité d'une infusion vineuse d'absynthe et d'écorces d'orange et de macis. Le lendemain une potion aromatique, rendue laxative par la manne et la crême de tartre, fut secondée dans ses effets par un clystère donné deux heures après ; elle produisit l'expulsion d'une grande quantité d'humeurs viciées, tant par la bouche que par l'anus. Une sueur générale abondante s'établit et la violence des accidents disparut peu à peu. Pour prévenir le retour de cette affection, F. Hoffmann conseilla l'usage de pilules balsamiques et de l'élixir carminatif[1]. »

La cardio-entéralgie aiguë s'est principalement caractérisée chez le sujet de cette observation par une douleur vive qui s'est d'abord manifestée à l'épigastre et s'est étendue ensuite à tout l'abdomen, par la distension du ventre

[1] F. Hoffmann; *med. ration. system.* P. II, sect. II, chap. II, obs. II. T. II, p. 263. *Genève* 1761. *In-folio.*

par des gaz dégagés dans le tube digestif, par le refroidissement des extrémités et par un état général d'extrême anxiété porté jusqu'aux défaillances. Tous ces accidents ont diminué dès le deuxième jour et se sont terminés tout à fait le quatrième, sous l'influence d'une médication stimulante et purgative prescrite par F. Hoffmann. C'est là la forme la plus aiguë des cardio-entéralgies; l'on considère le plus souvent cette maladie comme une indigestion, bien qu'en réalité et malgré l'intensité des douleurs dont elle s'accompagne, la digestion ne soit point interrompue par sa présence.

Observation clinique sur une cardio-entéralgie d'une intensité modérée.

2409. La cardio-entéralgie qui a fait l'objet de l'observation suivante, n'a eu ni une invasion aussi brusque, ni une aussi grande intensité, ni un décroissement et une terminaison aussi rapides que dans le cas précédent.

Une dame de vingt-neuf ans, d'une frêle constitution, et d'une vive irritabilité nerveuse, fut prise à la suite d'une couche, en 1835, d'une diarrhée qu'elle conserva pendant près de trois mois et pour laquelle on la tint à un régime adoucissant très sévère; elle se rétablit très lentement de cette maladie, qui lui a laissé une aptitude à éprouver des migraines accompagnées de vomissements qui reviennent surtout aux approches des règles. Le 5 avril 1837, après un repas dans lequel elle avait mangé outre mesure, cette dame eut une indigestion qui provoqua dans la nuit des vomissements d'aliments et des selles stercorales; de ce jour les digestions restèrent pénibles et accompagnées de douleurs cardialgiques et d'éructations fréquentes. Le 11 mai suivant, elle prit, dans une soirée qu'elle passait dans un salon où la température était très élevée, deux glaces et deux verres de punch glacé; dans la nuit elle eut de vives douleurs d'estomac et des coliques obtuses sans évacuations. Le lendemain ces accidents se reproduisirent avec plus d'intensité, après qu'elle eut pris une tasse de bouillon. Dans la nuit du 12 au 13 mai, elle ressentit des

douleurs d'estomac presque continues avec du froid aux pieds et quelques crampes; une douleur intense tormineuse occupant le flanc droit se manifesta le lendemain matin: nous vîmes alors la malade. Elle avait une douleur épigastrique obtuse qui s'exaspérait par instants et s'étendait sous le sternum presque jusqu'à la gorge; elle avait en même temps des éructations sans saveur, de fréquents borborygmes et une douleur vive et comme térébrante vers la fosse iliaque droite. Cette douleur s'exaspérait par instants et s'étendait alors à tout le pourtour de l'abdomen, comme si cette partie du corps eût été serrée par un lien. La langue était large et humide; le ventre était tendu à l'épigastre et vers les flancs, surtout au flanc droit; les urines étaient peu abondantes; les extrémités abdominales étaient froides. La pression provoquait une assez vive douleur à l'épigastre; elle était indolente dans les autres parties du ventre; la malade semblait même soulagée par une pression graduée sur les flancs. Un lavement donné le matin avait amené l'issue de quelques matières dures, suivies d'une petite quantité de fœces liquides. Nous prescrivîmes l'administration d'une infusion légère de feuilles de mélisse, l'application de cataplasmes émollients très chauds sur le ventre et l'administration d'un bain tiède prolongé. L'effet immédiat de ces premiers moyens, parut utile en ce qu'il fit cesser les douleurs. La nuit suivante, la malade eut un sommeil agité. Le 14 mai, nous conseillâmes de prendre pour aliment du bouillon froid léger, par tasse. toutes les trois heures; nous prescrivîmes de continuer l'administration à petite dose de l'infusion de mélisse. Pendant toute la journée et la nuit suivante, la malade n'eut que quelques douleurs gravatives à l'épigastre avec des éructations, qui étaient suivies du dépôt dans la bouche de salive visqueuse qui provoquait de fréquentes expuitions : les douleurs abdominales ne se reproduisirent pas, le sommeil fut interrompu. Le 15 mai, cette dame

se plaignit d'anorexie, elle avait de la répugnance pour les boissons ; elle éprouvait un sentiment de faim ou plutôt de défaillance avec anxiété épigastrique ; l'abdomen n'était ni tendu, ni douloureux à la pression. Nous permîmes de légers potages féculents. Vers la fin de la nuit suivante, qui se passa encore sans sommeil, la malade eut une vive douleur épigastrique avec des nausées, et presque immédiatement après elle fut prise de douleurs tormineuses très vives à la région ombilicale, revenant à intervalles rapprochés, et en même temps d'une douleur érodante continue au flanc droit, s'étendant à la région lombaire. Le matin, il survint une selle liquide qui parut bilieuse et qui provoqua un sentiment de brûlure à l'anus. Le 16 mai, au milieu du jour, nous trouvâmes la malade fort abattue, poussant des gémissements presque continus ; elle était, disait-elle, comme rongée au creux de l'estomac et sur toute la partie droite du ventre, depuis l'ombilic jusqu'à la fosse iliaque et à l'hypogastre ; elle était à demi fléchie dans son lit et ressentait particulièrement au dos et aux membres un sentiment de froid des plus prononcés. [Nous fîmes immédiatement administrer par cuillerées une potion préparée avec l'eau de menthe, le laudanum de Sydenham à la dose de quarante gouttes et la liqueur anodine d'Hoffmann à la dose de trois grammes à prendre par cuillerées toutes les demi-heures. Nous fîmes faire sur le ventre des frictions avec un liniment composé de baume tranquille avec addition de cinquante centigrammes d'extrait aqueux thébaïque. Nous prescrivîmes en même temps un lavement dans lequel nous fîmes dissoudre quatre grammes d'assa-fœtida, et deux grammes d'extrait de valériane ; quatre heures après la malade avait eu une selle liquide et avait rendu une grande quantité de flatuosités, la douleur épigastrique avait presque complètement cessé, et la douleur abdominale était notablement diminuée ; le froid au dos et aux extrémités avait

cessé ; la peau avait une légère chaleur fébrile et le pouls s'était élevé à quatre-vingt-dix pulsations. Pendant la nuit, l'amélioration se prononça de plus en plus. Le 17 mai il n'y avait plus de douleurs, le pouls et la chaleur de la peau étaient revenus à l'état normal. Un bain fut prescrit et nous conseillâmes de prendre d'heure en heure une tasse de bouillon de poulet léger. Le soir les douleurs abdominales reparurent à un faible degré; la nuit fut agitée, il n'y eut pas de sommeil. Le 18 mai, la langue était humide, large et un peu saburrhale à sa base; le ventre était tendu à la région ombilicale et vers les flancs; il était indolent à la pression, mais la malade se plaignait d'y ressentir une douleur obtuse comme oppressive; elle avait de fréquentes éructations. Nous prescrivîmes une potion préparée avec l'eau de menthe rendue laxative avec l'huile de ricin à la dose de cinquante grammes; cette potion fut difficilement supportée, elle provoqua des éructations et des nausées; elle détermina trois selles liquides sans douleurs tormineuses. Le soir, la malade n'éprouvait plus de douleurs abdominales, mais elle conservait des éructations fréquentes et un sentiment de douleur oppressive à l'épigastre, s'étendant sous le sternum. Une potion rendue parégorique par trente gouttes de laudanum de Sydenham avec addition d'un gramme d'éther sulfurique, fut administrée en deux prises, à une heure d'intervalle. La malade dormit une partie de la nuit; elle eut vers le matin une sueur abondante. Le 19 mai elle s'applaudissait de son bien-être et ne se plaignait plus que d'un sentiment général de courbature et d'une pesanteur de tête. Nous conseillâmes d'administrer du bouillon froid coupé avec de l'eau alcaline gazeuse. La journée se passa sans autre accident que quelques borborygmes; la potion parégorique fut renouvelée le soir et le lendemain. Le 21 mai la douleur abdominale reparut, elle était tormineuse, peu vive et principalement sentie à la région cœcale. Point d'évacuations alvines. Le 22 mai, le

ventre était tendu et depuis le milieu de la nuit précédente la malade éprouvait une douleur gravative dans le ventre, principalement aux flancs, surtout du côté droit; point de douleur épigastrique, ni spontanée, ni provoquée par la pression; l'anorexie était portée jusqu'à la répugnance pour les boissons. Nous fîmes administrer immédiatement un verre d'eau de Pulna, il en résulta trois selles liquides évidemment bilieuses et une disparition immédiate des douleurs abdominales; le soir la potion parégorique fut continuée; la nuit fut calme, il y eut de la sueur abondante. Le 23 mai, quelques instants après avoir pris le matin du bouillon coupé avec de l'eau alcaline gazeuse, la malade eut une douleur cardialgique assez vive avec des éructations et même des nausées; elle n'éprouva ces accidents que pendant quelques heures, mais elle ne voulut plus prendre de bouillon dans la crainte de les renouveler. Nous lui conseillâmes de mâcher une petite quantité de viande blanche sèche et de prendre toutes les trois heures une tasse d'une infusion très légère de mélisse avec addition de soixante centigrammes de bi-carbonate de soude par tasse; nous prescrivîmes pour le soir la potion parégorique et pour le lendemain matin un verre d'eau magnésienne saturée. Le 24 mai, elle put prendre en deux fois une petite quantité de viande blanche de poulet sans aucun accident: l'eau magnésienne ne provoqua aucune évacuation, le soir il y eut des borborygmes. Nous insistâmes sur notre prescription pour le lendemain et les jours suivants. Le 25 mai, la malade eut deux selles liquides, elle n'éprouva plus de douleurs abdominales ;les mêmes moyens furent continués pendant quatre jours avec une amélioration croissante. Le 28 mai cette dame prit sans accident une côtelette de mouton : ses règles parurent dans la nuit suivante ; nous la mîmes à l'usage de l'eau naturelle de Vichy à la dose de trois verres par jour; on continua pendant quinze jours à la nourrir exclusivement de viandes

sèches grillées et rôties. Depuis ce temps la santé de cette dame n'a plus été troublée, elle est restée sujette aux douleurs de migraine qui se reproduisent à l'époque des règles. L'usage des bains de rivière pendant la belle saison diminue notablement et même fait cesser ces migraines, qui reparaissent dans l'hiver.

La cardio-entéralgie aiguë qui a été l'objet de l'observation précédente, est la forme de cette maladie qu'on observe le plus fréquemment; elle a présenté tous les symptômes habituels de cette maladie, presque sans mélange d'épiphénomènes.

Du côté de l'estomac, la malade eut dès l'invasion et pendant tout le cours de la maladie, tantôt d'une manière continue, tantôt par intervalles, une douleur obtuse ou comme rongeante, partant de l'épigastre et remontant jusqu'à la gorge; elle avait en même temps des éructations et de l'anorexie, elle eut aussi des nausées; la bouche se remplissait de salive visqueuse; la langue était large, humide et faiblement saburrhale à sa base; la région épigastrique était tendue et douloureuse à la pression.

Du côté du tube intestinal, les symptômes consistèrent en une douleur tantôt vive et comme térébrante, tantôt obtuse, quelquefois tormineuse, aux flancs et surtout au flanc droit et à la région cœcale. La malade était tourmentée par des borborygmes; elle avait de la constipation ou elle rendait des selles liquides bilieuses peu abondantes; le ventre était tantôt tendu et rénitent surtout vers les flancs et à l'ombilic, tantôt il était affaissé; la pression sur les flancs et aux régions iliaques était douloureuse quand les douleurs spontanées existaient ou acquéraient plus d'intensité. Tous ces accidents subirent pendant toute la durée de la maladie des variations d'intensité et même se suspendirent par intervalles.

Tous les symptômes gastro-intestinaux, évidemment provoqués d'abord chez cette malade par l'ingestion de

boissons glacées, ont été plusieurs fois exaspérés ou reproduits par les aliments liquides légers que la suspension des accidents engagea plusieurs fois à administrer.

A côté de tous les symptômes gastro-intestinaux proprement dits, nous avons observé chez cette malade des phénomènes de trouble général des grandes fonctions, évidemment secondaires à la maladie du tube digestif, car ils se reproduisaient et s'exaspéraient avec le retour et les exacerbations des symptômes gastro-intestinaux. Ces symptômes généraux consistaient dans une grande irritabilité du système nerveux; un abattement extrême, l'agitation, l'insomnie, le refroidissement des extrémités, une suppression incomplète des urines; le pouls s'élevait jusqu'à l'état fébrile au moment où les accidents abdominaux atteignaient leur plus haut degré d'intensité.

Prodromes des cardio-entéralgies aiguës.

2410. Les cardio-entéralgies aiguës sont souvent précédées des prodromes que nous avons attribués à la période d'imminence des cardialgies aiguës (2381). La forme spéciale des cardio-entéralgies s'annonce quelquefois dès cette période par l'association de douleurs tormineuses vagues, d'excrétions alvines liquides alternant avec de la constipation, de flatuosités coïncidant avec les symptômes cardialgiques: dans tous ces cas, l'invasion de la maladie se fait d'une manière progressive.

Exposition des symptômes des cardio-entéralgies aiguës.

2411. Dès que la cardio-entéralgie aiguë est développée, elle a tous les symptômes de la cardialgie acescente (2383) ou de la cardialgie bilieuse (2402) joints à des phénomènes de trouble fonctionnel et de douleurs des intestins; ces derniers symptômes consistent dans une douleur tantôt térébrante, tantôt comme gravative, prenant souvent le caractère des douleurs tormineuses, occupant la région ombilicale, les flancs et le plus souvent la région iléo-cœcale. L'intensité de ces douleurs et même leurs caractères varient par intervalles, de même que leur siège; le ventre est le plus souvent tendu, rénitent et même météorisé, surtout pen-

dant l'intensité des douleurs; il est au contraire souvent affaissé et quelquefois même comme rétracté dans leurs intervalles ou pendant qu'elles n'ont que le caractère de douleurs gravatives ou térébrantes profondes. Les évacuations alvines sont le plus habituellement supprimées, la constipation n'est interrompue que par instants par des selles liquides stercorales ou bilieuses, rendues en petite quantité. Les malades sont tourmentés par des borborygmes et par des excrétions flatulentes.

Tous ces symptômes intestinaux s'exaspèrent ou bien alternent avec les symptômes cardialgiques proprement dits. Leurs rapports réciproques ne sont point constants, ils varient d'un jour à l'autre et souvent même dans un seul jour.

Symptômes généraux provoqués par l'influence des accidents de la cardio-entéralgie sur tout l'organisme.

2412. L'irritabilité extrême du système nerveux, le refroidissement des extrémités, la céphalalgie, l'agitation, l'insomnie, les angoisses, l'oppression, quelquefois les palpitations, les crampes des extrémités, etc., tous ces symptômes secondaires qui se rapportent à l'influence exercée sur tout l'organisme par la maladie abdominale sont en général plus prononcés dans la cardio-entéralgie aiguë que dans la cardialgie simple (2389) et même que dans la cardialgie bilieuse (2405). Au début de la maladie on observe rarement ces accidents généraux au moins à un assez haut degré; mais à mesure que les douleurs se reproduisent, ils acquièrent plus d'intensité et exercent sur tout l'organisme une influence plus marquée. Il n'est pas rare chez les sujets très irritables et principalement chez les femmes de voir cette influence sur tout l'organisme aller jusqu'à déterminer des lipothymies et des syncopes qui reviennent à chaque accès de douleurs de plus en plus intenses [1].

Modifications

2413. La cardio-entéralgie n'est point une forme isolée

[1] Stahl exprime ainsi cette influence croissante des accidents de la cardialgie : *In principio non adeo est sonticus affectus, successu tamen lipothymia solet accersere, et magis in feminis.* (Collegium casuale, X, p. 210.)

dans les symptômes de la maladie par les altérnatives des accidents de la cardialgie simple et de la cardio-entéralgie.

des cardialgies aiguës; si elle se montre quelquefois dès le début avec tous ses accidents, il est plus ordinaire de la voir succéder à la cardialgie simple et se manifester pendant sa durée, en quelque sorte comme son plus haut degré. Le plus souvent aussi la cardialgie simple persiste après que les symptômes intestinaux ont cessé. Dans un grand nombre de cas, la maladie a des périodes comme alternatives qui se répètent plusieurs fois pendant sa durée. Aux unes, les symptômes sont ceux d'une cardialgie simple, aux autres, les malades éprouvent à la fois les accidents du trouble des fonctions de l'estomac et du trouble de celles du tube intestinal proprement dit.

Opportunité des cardialgies et des cardio-entéralgies, suivant les âges.

2414. La cardialgie aiguë, tant sous la forme simple que sous celle de cardialgie bilieuse et de cardio-entéralgie, s'observe sur des sujets de tout âge; elle affecte le plus souvent les jeunes gens, surtout à l'époque de la puberté; on la rencontre chez les vieillards, et c'est une maladie fréquente chez les enfants; on l'observe souvent chez les enfants à la mamelle, elle constitue chez eux un état pathologique qui mérite une description spéciale.

Des maladies des enfants qu'il faut rapporter aux cardialgies et aux cardio-entéralgies.

2415. La dyspepsie cardialgique des jeunes enfants comprend différentes maladies signalées plutôt que décrites par les auteurs : les indigestions laiteuses, les vomissements et les diarrhées verdâtres, les tranchées, la constipation, qu'on a indiqués comme des affections particulières et trop souvent considérés comme des phlegmasies gastro-intestinales, ne sont le plus ordinairement que des symptômes de cardialgie et de cardio-entéralgie.

Symptômes de la cardialgie et de la cardio-entéralgie des enfants.

2416. La forme la plus commune de la cardialgie des enfants, « se montre surtout par une remarquable oppres-
» sion thoracique qui rend la respiration difficile; le ventre
» et surtout l'épigastre jusque sous les côtes sont tuméfiés;
» l'enfant est agité et dans un état manifeste d'anxiété; il a
» souvent des éructations; il n'est pas rare qu'il survienne
» en même temps une légère fièvre et des mouvements

» convulsifs [1]. » L'haleine a une odeur acide, la face devient pâle et terne, les yeux sont excavés; l'enfant a de l'anorexie qui se manifeste par de la répugnance à prendre le sein, ou s'il le prend il le quitte rapidement. Assez souvent l'enfant tête avec assez d'avidité quoique pendant un temps moins long que d'ordinaire; il tombe ensuite immédiatement dans un état de somnolence, fréquemment interrompu au bout de quelques instants par des vomissements de lait caillé, de matières aqueuses ou bilieuses verdâtres. L'enfant éprouve en même temps ou est pris quelques instants après le vomissement ou après des efforts infructueux de vomissement, de douleurs tormineuses qui se reconnaissent à la tension de l'abdomen et aux mouvements de torsion du corps. Ces derniers accidents, qui viennent habituellement se joindre aux autres symptômes que nous venons de décrire donnent à la maladie le caractère de cardio-entéralgie, qui est celui qu'elle a le plus fréquemment chez les enfants, soit d'une manière continue, soit par intervalles plus ou moins rapprochés. Dans cette cardio-entéralgie, le nez, les oreilles, les pieds se refroidissent; l'enfant agite surtout les extrémités abdominales, il se tord et se courbe en différents sens, il tombe en lipothymie; la tension de l'abdomen se prononce davantage, la face se crispe de temps à autre; des borborygmes se font entendre dans l'abdomen; les urines sont abondantes et s'il vient des selles, elles sont verdâtres et d'une odeur acide; souvent il y a de la constipation; l'enfant a des éructations fréquentes et rend des flatuosités bruyantes par l'anus.

2417. La cardialgie et surtout la cardio-entéralgie des enfants atteint rarement un certain degré d'intensité sans qu'il survienne des accidents spasmodiques. Au plus léger degré, ce ne sont que des mouvements spasmodiques des lèvres, une sorte de rire convulsif, le hoquet, des grincements de

[1] F. Hoffmann, *Medici. ratio. syst.; De morbis infntum*, t. III, § II, p. 494.

dents ; au plus haut degré ce sont des mouvements convulsifs généraux qui affectent surtout les membres qui sont agités de mouvements irréguliers ou qui se raidissent et se relâchent alternativement.

Pour peu que la maladie se prolonge, l'enfant maigrit, ses chairs deviennent flasques, le pouls s'affaiblit et disparait sous les doigts, la face prend une teinte plombée ; dans quelques cas les extrémités et même tout le corps se gonfle et devient semi-œdémateux. Pendant que tous ces accidents se succèdent la langue reste large, humide, légèrement saburrhale, la respiration devient de plus en plus anxieuse, les forces de l'enfant diminuent, et la mort est le terme fréquent de cette maladie, surtout quand elle se complique d'accidents nerveux.

Marche, durée et récidives des cardialgies et des cardio-entéralgies aiguës.

2418. La marche, la durée et les récidives (2424) de la maladie du tube digestif sont les mêmes pour les cardialgies simples, les cardialgies bilieuses et les cardio-entéralgies. Dans un grand nombre de cas, la cardialgie aiguë disparait et se reproduit plusieurs fois par intervalles plus ou moins rapprochés ; ses accidents ont alors une marche périodique, les douleurs reviennent chaque jour ou même plusieurs fois par jour à des heures fixes ; quelquefois, comme dans des cas cités par F. Hoffmann [1], ces sortes de paroxysmes sont marqués par certains symptômes comme des vomissements, une toux sèche ou une oppression et des douleurs de poitrine.

Marche intermittente des cardialgies aiguës.

2419. Il n'est pas très rare d'observer au retour de ces paroxysmes cardialgiques réguliers, comme symptôme initial, un frisson ou au moins une horripilation comme au début d'un accès de fièvre intermittente. Nous avons conservé l'histoire de deux cas de cette espèce dans lesquels le frisson initial qui revenait tous les jours vers le soir, chez un des malades sur les quatre heures et chez l'autre sur les sept heures, était accompagné de nausées et quelquefois de

[1] *Med. rat. syst.*, t. I, part. I, cap. V, § XL, p. 186.

vomissements muqueux et bilieux peu considérables et survenant avec beaucoup d'efforts. Chez un de ces malades le vomissement semblait juger l'accès et faisait disparaître pour la nuit suivante la douleur cardialgique qui devenait excessive dès que le frisson se prononçait. Dans l'autre cas les accidents persistaient avec intensité pendant une partie de la nuit et s'accompagnaient d'une vive agitation et de crampes dans les extrémités.

Cette marche intermittente des douleurs cardialgiques ne doit pas faire confondre cette maladie avec les fièvres rémittentes dyspepsiques dans lesquelles les exacerbations paroxystiques s'accompagnent de douleurs cardialgiques épiphénoméniques (1742 *et seq.*) et encore moins avec les fièvres intermittentes dont la douleur et l'altération des fonctions de l'estomac constituent les symptômes prédominants. Cette marche paroxystique des exacerbations cardialgiques, se voit plus fréquemment dans les cardialgies chroniques que dans les cardialgies aiguës.

**Du retour périodique des récidives des cardialgies aiguës.**

2420. Les récidives des cardialgies aiguës (2424) se manifestent quelquefois à des époques régulières en prenant à chaque retour de la maladie une plus grande intensité et une durée plus longue qui conduit enfin le malade à l'état de cardialgie chronique. M. Barras cite un exemple de ces récidives successives et comme périodiques de la maladie observée sur une demoiselle de cinquante ans, qui fut prise pour la première fois de cette maladie en 1808 ; les récidives pendant six années ne revinrent que tous les deux ou trois ans, puis elles se répétèrent tous les ans, puis tous mois, puis enfin la maladie persista sous la forme chronique et rémittente qu'elle conservait depuis deux années quand M. Barras observa la malade [1].

**Du passage des cardialgies et des cardio-entéralgies aiguës à l'état chronique.**

2421. Quelle que soit la marche de la cardialgie aiguë, la terminaison par l'état chronique arrive souvent pour l'une comme pour l'autre des trois formes de la dyspepsie car-

[1] *Traité sur les Gastralgies*, etc., 3e édit., 1829, p. 203.

dialgique simple, de la cardialgie bilieuse ou de la cardio-entéralgie. Toutefois cette terminaison est plus souvent observée pour la cardialgie simple que pour la cardialgie bilieuse et surtout que pour la cardio-entéralgie. L'invasion des symptômes de la cardialgie bilieuse et surtout de la cardio-entéralgie se manifeste quelquefois comme une terminaison aiguë, une sorte de crise de la dyspepsie cardialgique simple, qui semble déjà arrivée à sa conversion en maladie chronique; le plus ordinairement alors l'invasion des accidents cardio-entéralgiques détermine une exacerbation prononcée de tous les symptômes de la maladie, qui ne tarde pas ensuite à décroître, après la manifestation de selles liquides jointes à tous les accidents de la cardio-entéralgie aiguë.

La terminaison la plus fréquente des cardialgies et des cardio-entéralgies chez les adultes, est la conversion de la maladie en cardialgie chronique ou en cardialgie hypochondriaque. La dyspepsie acescente et la cardio-entéralgie sont les formes de cardialgies qui passent ainsi le plus fréquemment à l'état chronique. La cardialgie bilieuse quitte moins souvent la marche aiguë, et lorsqu'elle passe à l'état chronique, c'est le plus souvent après s'être tout à fait changée en dyspepsie acescente simple, en se dépouillant tout à fait ou au moins en ne conservant que des vestiges de ses symptômes bilieux proprement dits.

Des terminaisons heureuses ou fâcheuses des cardialgies et des cardio-entéralgies.

2422. Les dyspepsies cardialgiques aiguës, quelque forme qu'elles présentent et quels que soient les épiphénomènes dont elles se compliquent, ne se terminent que très rarement d'une manière funeste chez les adultes; mais cette terminaison n'est pas rare chez les enfants, et nous l'avons observée chez les vieillards.

2423. La terminaison heureuse de la cardialgie est parfois suivie et peut être l'effet de l'apparition du flux menstruel, des hémorrhoïdes, de pustules d'ecthyma, de furoncles, de phlegmons et d'abcès extérieurs. Dans quelques cas la ma-

ladie alterne plusieurs fois avec la production de ces accidents. Chez les jeunes enfants il n'est pas rare de voir des eczémas de la face, du cuir chevelu, et même de différentes parties du corps alterner ainsi avec la cardio-entéralgie.

De l'aptitude aux récidives des cardialgies et des cardio-entéralgies.

2424. Les cardialgies aiguës laissent toujours après elles une aptitude aux récidives, telle que, si la médication convenable n'est pas continuée pendant plusieurs semaines, le retour de la maladie est presque certain (2418). La récidive est plus à craindre quand la cardialgie s'est manifestée avec lenteur et avec des prodromes prolongés, que lorsque sa manifestation a été le résultat de causes procatarctiques puissantes et dont l'action a été instantanée ; elle est presque inévitable si la cardialgie aiguë s'est déjà reproduite plusieurs fois même avec peu d'intensité sur le même sujet.

Quelle que soit la forme des cardialgies qui les ont précédées, les récidives peuvent présenter l'une quelconque des trois formes décrites, c'est pourquoi l'on peut observer successivement les trois formes sur le même sujet dans trois attaques successives de la maladie. Les épiphénomènes nombreux qui se joignent aux symptômes cardialgiques, se montrent indifféremment dans les premières attaques de l'une des formes des cardialgies aiguës et dans les récidives de ces maladies ; toutefois ils sont d'autant plus nombreux et plus marqués que la maladie a déjà attaqué plusieurs fois la même personne. Ils sont aussi d'autant plus nombreux et plus intenses que les attaques précédentes ont été plus intenses et plus prolongées.

2425. Les dyspepsies cardialgiques survenues sans prodromes, ont le plus souvent pendant les premiers jours une assez grande intensité. Cette remarque s'applique surtout aux cardialgies bilieuses et aux cardio-entéralgies. L'intensité extrême des accidents diminue d'ordinaire au bout de quelques jours, à mesure que la maladie en se prolongeant se rapproche de plus en plus de la forme de la

simple dyspepsie acescente par laquelle elles passent le plus souvent pour arriver à l'état chronique.

Des cardialgies symptomatiques.

2426. La cardialgie simple ou bilieuse et la cardio-entéralgie aiguë appartiennent souvent comme symptôme ou comme épiphénomène à différentes maladies ; elles sont alors précédées, accompagnées ou suivies des accidents de ces maladies ; ainsi la goutte, les rhumatismes chroniques, certaines maladies cutanées, telles que le zona, l'urticaire, les érythèmes, présentent souvent la dyspepsie cardialgique ou cardio-entéralgique aiguë comme accident initial de leur invasion ou de l'invasion de leurs paroxysmes. Les attaques de cardialgie alternent alors avec les attaques de goutte et de rhumatisme[1]. Ces cardialgies aiguës ont le plus souvent une très grande intensité et une courte durée.

### § II. *Des symptômes des dyspepsies cardialgiques chroniques.*

Description de la dyspepsie cardialgique chronique par Hippocrate.

2427. La forme la plus ordinaire des dyspepsies cardialgiques chroniques a été bien décrite par Hippocrate : « Il est, dit-il, une maladie dans laquelle on ne peut à « la fois suppòrter l'abstinence et l'ingestion des ali- « ments. Si le malade reste sans manger, ses entrail- « les rendent un bruit sourd (mot à mot *grognent*) ; il « éprouve en même temps des douleurs cardialgiques ; il « a de plus des vomissements par lesquels il rejette des « liquides d'une nature variable, soit de la bile, soit de « la salive, soit de la pituite, soit des humeurs âcres. « Après avoir vomi, le malade se trouve mieux pendant « quelques heures ; mais dès qu'il a pris de la nourriture, « il a des éructations, il devient brûlant, il a comme le « besoin de rendre une selle abondante, et les efforts de « défécation ne donnent issue qu'à des flatuosités ; il a « mal à la tête ; il lui semble recevoir des coups d'aiguilles

[1] *Cum arthriticis et rhumaticis affectibus interdum quoque alternare consuevit cardialgia; rarissime per circuitus redit.* (F. A. Weber, *De causis et signis morb.*, cap. XVII, p. 98.)

« sur tout le corps, tantôt sur une partie, tantôt sur une « autre ; ses jambes sont pesantes et faibles, il dépérit et « perd ses forces [1] ».

2428. Stahl a résumé les symptômes de la dyspepsie cardialgique qui prend la forme chronique dès son début, en rapportant l'observation suivante : « Un jeune homme de vingt-quatre ans, d'un tempérament sanguin et mélancholique, accoutumé à une vie très active et à beaucoup de distractions, passa subitement à la vie sédentaire et au travail de cabinet, prit une nourriture plus débilitante que de coutume, et négligea de se couvrir l'épigastre. Peu après ce changement dans sa manière de vivre, il lui arriva fréquemment, surtout lorsqu'il avait mangé et bu avec avidité, d'éprouver la sensation d'un poids énorme et fort incommode dans la région de l'estomac. Cette sensation s'accompagna de dégoût, de nausées, de pâleur, d'une salivation abondante, de refroidissement des extrémités et d'une sueur pénible » [2].

Observations cliniques sur la dyspepsie cardialgique chronique.

Nous trouvons dans ce fait, très succinctement décrit, les symptômes principaux de la dyspepsie cardialgique chronique au plus léger degré. Ces symptômes sont une douleur gravative à l'estomac après l'ingestion des aliments et des boissons avec de l'anorexie, des nausées, la sécrétion d'une salive abondante, le refroidissement des extrémités, la pâleur de la face.

2429. L'observation suivante est un exemple de dyspepsie chronique dans lequel se trouvent exposés les symptômes de la maladie à toutes ses périodes.

Un pharmacien, âgé de trente-huit ans, vint nous consulter au mois de février 1840, il éprouvait depuis six mois une douleur presque continue comme constrictive

[1] Hippocrates; *de morbis*, lib. II, edente Fœsio ; sect. V, p. 484, n° 25.

[2] Cette observation, insérée par Stahl, dans son *Collegium casuale*, a été rapportée par Pinel, *Nosog. philos.*, t. III, 5e édit., p. 209, et par Barras, *Traité sur les gastralgies*, t. II, p. 105; nous l'avons empruntée à ce dernier ouvrage.

à l'épigastre. Cette douleur était accompagnée d'une anxiété extrême qui gênait la respiration ; le malade avait perdu l'appétit, il avait de fréquentes éructations ; il n'allait à la garderobe que tous les six à huit jours, et il rendait alors avec une grande difficulté des matières dures et pelotonées. Ces selles étaient suivies d'un sentiment de collapsus et de faiblesse des jambes porté si loin qu'il ne pouvait marcher pendant le reste du jour. Après l'ingestion des aliments qu'il ne prenait qu'avec répugnance, il éprouvait une douleur érodante à l'épigastre qui s'étendait au dos et remontait sous le sternum jusqu'à la gorge. La digestion des aliments ingérés durait six à huit heures, pendant lesquelles le malade était tourmenté par des éructations qui rapportaient dans la bouche un liquide acide. Il avait pendant ce temps la bouche remplie d'une salive visqueuse qu'il expulsait continuellement par sputation. Ces accidents avaient d'abord été considérés comme inflammatoires et avaient été combattus sans aucun succès par des émissions sanguines locales à l'épigastre. On avait soumis le malade à un régime alimentaire très sévère composé exclusivement de bouillons légers de veau et de poulet. Sous l'influence de ce régime continué pendant deux mois, les forces avaient beaucoup diminué, la maigreur s'était manifestée et le malade était tombé dans un état de langueur d'autant plus grand qu'il concevait des inquiétudes sur l'issue de la gastrite chronique dont on le croyait affecté. On le mit ensuite à l'usage du lait pour aliment principal ; les accidents cardialgiques n'en devinrent que plus intenses ; la constipation devint presque invincible ; les éructations acescentes étaient presque continues, et le malade ressentait alors une douleur sur toute la longueur de l'œsophage et entre les épaules, qui lui faisait craindre qu'il ne fût affecté de phthisie pulmonaire. Ce qui ajoutait encore à ses craintes, c'est qu'il expectorait particulièrement le matin une assez grande quantité de mucus jaunâtre sans cependant éprou-

ver de toux. La maigreur était extrême, et il se manifestait souvent pendant la nuit une sueur abondante sur la poitrine. Depuis quelques semaines le malade avait éprouvé, lorsqu'il marchait avec plus de vitesse, des palpitations et un battement prononcé et douloureux à l'épigastre ; la faiblesse était telle qu'il ne pouvait se promener qu'avec peine pendant quelques instants dans son jardin. Depuis un mois, observant qu'il ne souffrait pas davantage quand il s'écartait de son régime lacté, le malade avait pris des soupes grasses légères, et pour vaincre la constipation il avait pris des pilules aloétiques deux fois par semaine. Cette médication avait surmonté la constipation, mais les selles qu'elle provoquait étaient accompagnées d'une faiblesse telle qu'elle allait jusqu'à la défaillance ; il avait habituellement, surtout la nuit, les extrémités froides, malgré le soin qu'il prenait de les envelopper de laine. Nous trouvâmes la langue large et humide, les gencives gonflées et saignantes; l'exploration la plus attentive ne nous fit reconnaître aucune apparence de tumeur à l'épigastre. La poitrine, explorée avec soin, ne présentait aucune apparence de maladie ni au cœur ni aux poumons. Le ventre était rétracté et l'on sentait des fèces endurcies dans le colon. La face était pâle, le regard terne, les yeux excavés. Nous attribuâmes tous les accidents à une dyspepsie cardialgique chronique; nous conseillâmes un régime alimentaire sec, principalement composé de viandes grillées et rôties prises d'abord en très petite quantité, et l'usage de l'eau alcaline gazeuse rougie avec du vin vieux aux repas. Nous interdîmes l'usage des aliments liquides quelconques; nous prescrivîmes l'administration, une demi-heure avant chaque repas, de deux pilules composées de trois centigrammes d'extrait aqueux thébaïque; l'application continue d'un emplâtre de thériaque sur l'épigastre, et l'administration des lavements froids. Sous l'influence de cette médication, les accidents diminuèrent

immédiatement; toutefois, les douleurs épigastriques pendant la digestion et les éructations acescentes persistèrent, quoiqu'elles fussent beaucoup moindres. La faiblesse générale, quoique diminuée, persistait ainsi que la constipation; le malade éprouvait de fréquentes inquiétudes dans les jambes. Nous conseillâmes de joindre aux moyens déjà prescrits l'administration de l'eau de Vichy à la dose de deux verres le matin et un verre le soir; l'usage à l'intérieur de l'extrait de fiel de bœuf à la dose de deux grammes en neuf pilules, et tous les deux jours un bain préparé par addition de deux cents grammes de sulfure de soude et de carbonate de soude mêlés à parties égales. Après un mois de cette nouvelle médication le malade était parvenu à supporter les aliments sans douleur; la constipation avait cessé; mais les éructations acescentes persistaient; la faiblesse avait diminué au point que le malade pouvait faire chaque jour deux heures de promenade en plein air sans grande fatigue. De temps à autre il avait encore, le matin surtout à jeûn, une douleur obtuse et quelquefois même térébrante à l'épigastre. Nous fîmes insister sur le régime, nous supprimâmes l'administration de l'opium avant les repas; nous conseillâmes l'administration de l'eau de Vichy à quatre verres par jour, l'usage aux repas de cette eau avec le vin, et l'administration tous les jours d'un bain alcalin préparé par l'addition de deux cent cinquante grammes de carbonate de soude; nous conseillâmes de pratiquer après le bain pendant une demi-heure une friction sèche sur tout le corps avec une brosse; l'usage des pilules avec l'extrait de fiel de bœuf fut continué, nous y fîmes incorporer cinq centigrammes d'extrait de noix vomique par jour. L'amélioration marcha dès lors rapidement, les forces se rétablirent, et quand nous revîmes le malade après six semaines, il avait repris toutes ses forces, la face était colorée et avait l'aspect de la santé, la constipation avait cessé; toutefois, le régime ne pouvait être aban-

donné, il avait suffi de l'ingestion de quelques tasses de bouillon froid pendant quatre à cinq jours pour reproduire des éructations acescentes et une douleur obtuse à l'épigastre pendant la digestion ; nous envoyâmes alors le malade aux eaux de Vichy, où il séjourna trente jours. Il en revint complètement rétabli avec un léger degré d'embonpoint, et pouvant supporter et digérer sans aucun accident toute espèce d'aliment.

Les symptômes les plus prononcés de la maladie qui a fait l'objet de cette observation, ont consisté dans la douleur épigastrique étendue dans la poitrine et à la partie postérieure du corps, s'exaspérant par la digestion des aliments liquides les plus légers ; la déperdition des forces, l'amaigrissement et les douleurs dans les membres, le froid des extrémités, les sueurs nocturnes; l'accomplissement de la digestion provoquait toujours des éructations souvent acides et le dépôt dans la bouche d'une salive visqueuse épaisse, en même temps qu'une plus grande intensité ou le retour des douleurs épigastriques.

2430. L'observation suivante est un exemple du plus haut degré d'intensité des accidents de la cardialgie chronique.

« Une dame de trente-cinq ans, d'un tempérament lymphatique et nerveux, avait éprouvé quelques années avant la maladie dont il va être question, une longue affection de l'estomac dont les symptômes paraissaient avoir été ceux d'une cardio-entéralgie prise d'abord pour une gastrite chronique et aggravée par un long usage des antiphlogistiques. Cette affection s'était enfin dissipée par un régime substantiel. Cette dame avait néanmoins conservé un appétit vorace qui la forçait à manger beaucoup plus que dans son état de santé ordinaire ; vers la fin de l'été de 1833, elle fut prise d'une fièvre que son médecin considéra comme une fièvre lente nerveuse compliquée d'un état muqueux des premières voies. Quoique l'on n'eût point abusé des antiphlogistiques, cette dame, loin de se rétablir, dé-

périssait de jour en jour. M. Barras la trouva au mois de janvier 1834, dans le marasme le plus complet; n'étant pas sortie de son lit depuis soixante-cinq jours, elle n'avait pas même la force de faire le moindre mouvement. La langue était blanche et humide, l'estomac paraissait le siège d'angoisses extraordinaires et ne pouvait plus rien supporter; on sentait à peine le pouls, si ce n'était par moments où il y avait une légère excitation fébrile. La malade, complètement anéantie, ne connaissait plus personne, pas même son mari ni sa sœur; la parole était suspirieuse et presque éteinte. Son médecin ordinaire en désespérait, et M. Barras partagea cette opinion. Il conseilla cependant l'administration du lait d'anesse et du bouillon de bœuf par cuillerées; eu égard aux accès fébriles, il prescrivit une potion dans laquelle entraient quelques grammes de quinine; il ordonna des fomentations émollientes gélatineuses sur les membres pour suppléer aux bains gélatineux, que la faiblesse excessive de la malade ne permettait pas d'administrer; de petits lavements de bouillon furent aussi conseillés. Quelques jours après, M. Barras apprenant qu'il s'était manifesté un mieux sensible, prescrivit d'administrer des bains gélatineux et d'augmenter la quantité du lait et du bouillon, et de passer ensuite à de petits potages. L'amélioration ayant continué, ce médecin ordonna de prendre des œufs à la coque, et de sucer d'abord et avaler ensuite une petite quantité de viande rôtie. La convalescence a été longue et entravée par de petites rechutes presque toujours dues à des fautes de régime; mais en augmentant avec plus de circonspection la quantité des aliments, la santé s'est enfin rétablie. Il ne restait plus qu'une grande faiblesse des facultés intellectuelles qui a aussi fini par disparaître. Au mois de juin 1835, M. Barras trouva la malade jouissant d'une bonne santé [1].

[1] J. P. T. Barras, *Traité sur les gastralgies et les entéralgies*, t. II, p. 45, obs. XII, 2e édit., Paris, 1829.

Dans cette observation nous ne trouvons plus la maladie principalement caractérisée par les symptômes de souffrance des organes digestifs ; ces symptômes existaient néanmoins, ils avaient même été dominants dans la période initiale de la dyspepsie ; mais au degré où la maladie était arrivée, ses plus graves accidents, ceux par lesquels elle frappait le plus vivement l'attention, c'étaient les symptômes généraux de marasme excessif, de prostration extrême des forces, l'épuisement arrivé au plus haut degré. Cette transformation des symptômes de la dyspepsie cardialgique chronique résulte de la nature même de la maladie : au début et pendant les premières semaines de durée de la maladie, les accidents cardialgiques, proprement dits, dominaient; mais à mesure que l'absence des digestions provoquées moins par l'imperfection de l'action des organes digestifs que par l'abstinence forcée à laquelle conduisaient les douleurs de l'estomac et la crainte de les provoquer se prolongeait, la nutrition devenait de plus en plus imparfaite; le marasme finit par se produire et avec lui la débilité excessive, l'irritabilité extrême du système nerveux, les palpitations, les vertiges, les lipothymies, etc.

2431. La malade qui fait le sujet de l'observation précédente avait éprouvé une fièvre muqueuse après laquelle s'était établi successivement l'état de maladie des premières voies qui l'avait enfin réduite au plus triste état de marasme ; c'est là une circonstance assez fréquemment observée : des cardialgies chroniques se substituent à des dyspepsies nidoreuses et à des fièvres dyspepsiques (1903); les choses se sont passées de la même manière chez le sujet de l'observation suivante.

Un jeune homme de vingt-neuf ans, d'une constitution débile, d'un tempérament nerveux extrêmement prononcé, gendre d'un de nos confrères de Paris, fut affecté à la fin de l'automne de 1839, d'une fièvre gastrique muqueuse, qui n'eut pas une grande intensité, pour la curation

de laquelle son beau-père lui fit administrer deux fois l'ipécacuanha. Cette fièvre parut se terminer facilement, mais pendant la convalescence l'estomac devint le siége d'une douleur persistante gravative qui se propageait sur les deux côtés de la poitrine; cette douleur se manifestait surtout après l'ingestion des aliments et se prolongeait pendant une partie de la nuit, durant laquelle le malade était fort agité. Ces accidents persistaient depuis plusieurs semaines, quand le malade vint nous consulter au mois de novembre 1839; il était tellement faible qu'il se sentit presque défaillir en nous exposant son état. Nous lui prescrivîmes l'usage des eaux alcalines gazeuses et un régime alimentaire principalement composé de viandes grillées et rôties. Nous n'entendîmes plus parler de ce malade jusqu'au 22 février 1840, que nous fûmes appelé pour consulter sur son état avec le docteur B...., son beau-père. Nous apprîmes alors que les accidents avaient continué, et que depuis deux mois le malade n'avait pas quitté le lit. L'impossibilité de supporter les aliments sans éprouver des douleurs à l'estomac, avait déterminé l'adoption d'un régime alimentaire liquide extrêmement ténu. La douleur obtuse à l'épigastre et le malaise qui accompagnaient les digestions, l'anorexie qui était ensuite devenue des plus prononcées, la crainte d'exalter un état d'irritation que l'on avait jugé exister dans l'estomac, retenaient dans les limites les plus étroites l'administration des aliments légers qui appartenait à ce régime, en sorte que les forces du malade avaient diminué de plus en plus et qu'il était arrivé à un état de marasme et de faiblesse excessif. Il ne pouvait se remuer dans son lit sans être menacé de lipothymie; l'on avait une peine extrême à entretenir la chaleur aux extrémités. M. Andral, qui avait été appelé avant nous, avait considéré la maladie comme une gastrite chronique, et avait insisté sur la rigueur du régime. A sa dernière visite, quelques jours auparavant il avait déclaré que ce malade n'avait pas huit

jours à vivre. Nous constatâmes l'état suivant : le marasme était extrême, le malade n'avait point de soif; l'anorexie était prononcée, la langue nette, large, sans rougeur, visqueuse au toucher, la salive était abondante à la bouche et les éructations sèches, fréquentes pendant la digestion, la satiété était très rapidement produite, et il survenait une douleur gravative obtuse à l'épigastre pendant six à huit heures après l'ingestion des aliments, qui consistaient dans du bouillon de poulet et de légers potages féculents au bouillon de poulet. Quand le malade voulait changer de position dans son lit ou seulement lorsqu'on le remuait, il avait des palpitations et un sentiment d'étouffement et de constriction à la poitrine; le ventre était rétracté et plaqué sur la colonne vertébrale; les veines sous-cutanées abdominales étaient très distendues. Le malade sentait à l'épigastre un battement très fort qui augmentait surtout pendant la digestion. Ce battement se percevait au toucher, il s'étendait en s'affaiblissant de l'appendix xyphoïde à la cicatrice ombilicale; il suivait immédiatement les systoles du cœur et provenait évidemment des diastoles aortiques; il ne s'accompagnait d'aucun bruit anomal. L'exploration des poumons et du cœur ne fit reconnaître aucune lésion. Le malade n'avait point de fièvre et n'en avait point eu depuis le commencement de sa maladie; le pouls était vite et facilement dépressible. La peau était habituellement sèche, elle avait perdu son poli et était comme terreuse; la constipation était telle qu'il n'y avait de selles que tous les huit ou dix jours; les urines étaient aqueuses et n'excédaient pas en quantité les boissons administrées. Nous regardâmes les accidents abdominaux comme les symptômes d'une dyspepsie chronique, et l'état général de faiblesse et de marasme comme l'effet de cette maladie exaspérée par un régime débilitant prolongé, prescrit dans la crainte d'une inflammation gastro-intestinale qui n'avait jamais existé; nous conseillâmes l'administration d'une petite quantité de

viande grillée ou rôtie prise sèche, l'usage de l'eau alcaline naturelle de Vichy rougie avec du vin vieux de Bordeaux, la suppression de tous les aliments liquides, même des bouillons, l'administration trois ou quatre fois par jour d'une cuillerée à bouche d'une infusion à froid de quinquina rouge, et l'application sur l'épigastre d'un emplâtre opiacé. Le malade rendu méticuleux par suite des douleurs gravatives qu'il ressentait vers les organes digestifs, après l'ingestion des aliments et des boissons ne prit qu'une très petite quantité d'eau de Vichy, qu'il fit couper avec de l'eau; il ne prit qu'une fois par jour l'infusion de quinquina et ne mangea qu'en tremblant un peu de viande grillée de poulet. L'anorexie était d'ailleurs un obstacle à l'introduction des aliments. Quoi qu'il en soit, sous l'influence de ce changement incomplet de régime, la faiblesse excessive diminua avec lenteur; le 5 mars, nous trouvâmes le malade pouvant se remuer dans le lit sans en éprouver d'inconvénient; le marasme et les battements épigastriques persistaient; les aliments ne déterminaient plus qu'une douleur gravative épigastrique très peu prononcée; l'anorexie avait diminué. Nous insistâmes beaucoup sur la nécessité de prendre en plus grande quantité l'eau de Vichy et d'infusion de quinquina; nous engageâmes le malade à ne pas se laisser arrêter pour l'ingestion des viandes rôties, par l'anorexie et par la douleur gravative qui pourrait survenir à l'épigastre pendant la digestion. Les bains alcalins que nous voulions conseiller furent écartés à cause de la faiblesse encore très grande du malade, et à cause du sentiment de froid qu'il éprouvait dès qu'une partie de son corps était mise à découvert. Le 13 mai, l'amélioration était telle que le malade pouvait passer chaque jour plusieurs heures sur un fauteuil; les aliments étaient supportés sans douleur, cependant la digestion était encore très lente; le malade sentait toute la nuit ses aliments sur l'estomac; l'amaigrissement diminuait; l'anorexie était

aussi beaucoup moindre. Les bains rendus sulfureux par l'hydrosulfate de soude furent prescrits. Le 22 mai, l'amélioration continuait à s'opérer progressivement. Depuis plusieurs jours les urines rendues le matin laissaient déposer en assez grande quantité une matière visqueuse qui ressemblait à du liquide spermatique. Des frictions sèches avec une brosse furent conseillées sur tout le corps pendant une demi-heure après le bain. Le 2 juin, le malade n'éprouvait plus de gêne dans ses fonctions digestives ; il était encore faible, mais il pouvait se promener pendant quelques heures dans son appartement. Il avait depuis quelques jours pris sans en éprouver d'inconvénient, une tasse de chocolat léger à l'eau le matin ; l'amaigrissement disparaissait de jour en jour. Nous lui conseillâmes d'aller prendre les eaux minérales d'Enghien, avec le soin de se faire exposer pendant une partie du jour au soleil. L'eau d'Enghien fut mal supportée ; elle provoquait des douleurs à l'estomac, il fallut y renoncer : on insista sur les bains hydrosulfureux. Le rétablissement n'en continua pas moins à se consolider, et le malade revint à Paris au bout de trois semaines complètement rétabli.

**Fréquence relative des différentes formes de cardialgie.**

2432. Nous pourrions multiplier facilement les observations cliniques sur des dyspepsies cardialgiques chroniques, car ces maladies ne sont rien moins que rares ; elles sont même plus fréquentes que toutes les autres formes de cardialgie et surtout que les cardialgies aiguës.

**Indication générale des symptômes communs à toutes les variétés de forme des dyspepsies cardialgiques chroniques.**

2433. A ne considérer que les observations que nous venons de rapporter, l'on voit qu'il y a de nombreuses différences, tant pour l'intensité que pour la forme des accidents éprouvés par les malades affectés de dyspepsie cardialgique chronique. En multipliant les faits, nous multiplierions les exemples des variétés nombreuses d'aspect et d'intensité que peuvent présenter ces maladies dans les cas particuliers ; toutefois on observe chez tous les malades, en première ligne, les symptômes de souffrance du tube digestif,

et, en second ordre, des accidents généraux secondaires au trouble des fonctions gastro-intestinales, qui, tout différents qu'ils soient en apparence, ne sont pas moins des phénomènes dépendants d'une même affection primitive.

Symptômes des dispepsies acescentes chroniques qui se rapportent immédiatement à la maladie du tube digestif.

2434. Les symptômes de souffrance du tube digestif dans les dyspepsies acescentes chroniques consistent en une douleur à l'estomac provoquée par l'ingestion des aliments et des boissons, ou qui se produit spontanément, le plus souvent à certains moments du jour et de la nuit. Cette douleur varie depuis la légère douleur gravative jusqu'aux douleurs térébrantes, dilacérantes, avec brisement des forces, décoloration de la face, frisson général et tremblement, crampes ou mouvements spasmodiques des membres.

Les fonctions du tube digestif supérieur annoncent leur perturbation, tantôt par l'anorexie portée dans quelque cas jusqu'à la répugnance la plus prononcée pour les aliments, tantôt par le désir exagéré de prendre des aliments divers, tels que des substances sucrées, des boissons acides, des aliments de haut goût, malgré l'exaspération des douleurs gastriques qui résultent de l'ingestion de ces aliments. Les sécrétions bucco-pharyngiennes manifestent leur dérangement, quelquefois par une sécheresse insolite à la bouche, ordinairement accompagnée de soif; le plus souvent par une abondance de salive visqueuse, de saveur comme poivrée le plus souvent acide à la bouche. Les fonctions des intestins sont aussi souvent troublées, et leur dérangement se manifeste par des borborygmes, des flatuosités qui distendent le ventre, surtout pendant la digestion.

Des symptômes principaux qui se rapportent immédiatement à la maladie du tube digestif dans les dyspepsies cardialgiques chroniques.

2435. Parmi les symptômes immédiatement produits par la maladie du tube digestif, les plus fréquents dans les dyspepsies cardialgiques chroniques sont d'abord l'acidité et l'abondance des sécrétions buccales et des liquides ramenées à la bouche par régurgitation; l'acidité de ce liquide est souvent portée au point d'agir sur les parois de la bouche, et de provoquer des aphthes, un gonflement comme

atonique des gencives, et surtout l'érosion des dents, et particulièrement des dents incisives. Les malades ont presque toujours en même temps une constipation quelquefois insurmontable, avec rétraction des parois abdominales et perception des battements de l'aorte. Ces battements sont sentis par le malade comme une douleur pulsative, et reconnus à l'exploration du ventre par le médecin.

2436. La manifestation ou les exacerbations de tous ces symptômes sont habituellement provoquées de préférence, ou au moins à un plus haut degré, par certaines boissons ou certains aliments. Les aliments liquides produisent toujours cet effet plus sûrement que les aliments solides et secs. Parmi les premiers, les boissons sucrées, le lait, le bouillon, les potages féculents, les sauces butyreuses, huileuses, et surtout les boissons et les préparations alimentaires acides ou qui passent facilement à l'acidité, sont les plus propres à déterminer cet effet; parmi les aliments solides, c'est le pain tendre, les fruits crus, les légumes féculents, les légumes crus.

Modifications des symptômes des dyspepsies cardialgiques chroniques à leurs différentes périodes.

2437. Les symptômes immédiatement fournis par les lésions gastriques des dyspepsies acescentes chroniques ne se montrent ni avec la même intensité, ni avec les mêmes formes pendant tout le cours de la maladie. Ces symptômes ont toujours d'abord une assez grande intensité; mais ils s'atténuent ensuite dans le plus grand nombre des cas, sans cependant se suspendre tout à fait, à mesure que, par les progrès du mal et par suite de la continuité des digestions imparfaites, l'organisme manifeste le désordre de toutes ses grandes fonctions. Cette circonstance est d'autant plus importante à signaler, qu'il n'est pas rare d'observer des cardialgies chroniques dans lesquelles les symptômes de souffrance du tube digestif sont devenus si peu prononcés, comparativement aux accidents généraux secondaires, que le diagnostic de la maladie ne serait plus possible pour les médecins qui ne seraient pas prévenus que, à mesure que

la maladie s'éloigne de son début, les symptômes de souffrance directe du tube digestif sont comme masqués par la gravité des accidents généraux que produit la prolongation de l'imperfection des voies digestives. Pour faire ressortir cette circonstance importante, il faut diviser en deux périodes la durée, toujours longue, de ces maladies. Dans la première période, la maladie ne consiste presque uniquement que dans la présence des accidents cardialgiques proprement dits; tandis que dans la seconde, qui s'établit peu à peu, les symptômes les plus saillants de la maladie sont des symptômes généraux d'exténuation de toutes les fonctions organiques; les phénomènes cardialgiques ne se montrant quelquefois dans cette deuxième période, que d'une manière intermittente et en quelque sorte par accès, le plus ordinairement par suite de l'ingestion de boissons et d'aliments propres à exaspérer les symptômes cardialgiques proprement dits.

Symptômes généraux des dyspepsies acescentes chroniques.

2438. Parmi les accidents généraux qui se rattachent à la cardialgie chronique, li faut mettre en première ligne un sentiment général de faiblesse avec une sensation de froid habituel des pieds, qui se montre dès le début de la maladie, et qui est toujours proportionné par son intensité à la violence des symptômes cardialgiques proprement dits. Ce sentiment général de faiblesse se manifeste surtout par l'impossibilité d'exécuter sans fatigue les actes de locomotion même peu étendus; il s'exaspère avec les symptômes cardialgiques, et diminue ou même quelquefois se suspend tout à fait pendant leur rémission; il devient parfois tel pendant la durée des plus vives douleurs d'estomac, que le malade arrive à l'impossibilité de faire quelques pas, ou même de se tenir debout et de quitter son lit. La violence des douleurs a alors pour résultat de frapper comme de paralysie les membres inférieurs, et quelquefois d'y déterminer une rigidité comme tétanique qui

rend la station et la locomotion impossibles[1]. C'est à cette influence immédiate de la souffrance du tube digestif sur les fonctions de la locomotion qu'il faut attribuer ces brusques alternatives, qui se succèdent en quelques heures, de repos forcé, de lipothymies par les moindres mouvements, et de mouvements quelquefois portés trop loin, d'agitation qui empêche de garder le repos, qu'on observe dans les cardialgies chroniques.

De la faiblesse réelle que les dyspepsies acescentes chroniques produisent.

2439. La faiblesse réelle provoquée par la prolongation de la dyspepsie cardialgique n'a pas les caractères de variations à intervalles rapprochés de la faiblesse apparente et temporaire sentie par le malade ; elle est continue parce qu'elle est le résultat de la nutrition imparfaite que la dyspepsie cardialgique détermine. La petite quantité d'aliments supportée sans douleur par l'appareil digestif, la quantité plus petite encore des aliments que prennent les malades, à cause de l'anorexie et par la crainte qu'ils ont de provoquer les accidents cardialgiques, tarissent les moyens de réparation des organes, provoquent leur atrophie, et par suite l'imperfection de leurs fonctions. L'amaigrissement peut arriver ainsi jusqu'à l'état de marasme, et la faiblesse qui s'y rattache jusqu'au point de rendre le malade incapable d'exécuter des mouvements dans le lit (2430, 2431).

Symptômes des dyspepsies acescentes chroniques fournis par l'appareil circulatoire et les organes sécréteurs.

2440. L'appareil circulatoire et tous les organes sécréteurs auxquels le sang fournit l'aliment fonctionnel subissent l'influence de la débilité et du défaut de réparation alimentaire que provoque la dyspepsie cardialgique prolongée : la circulation devient languissante, les contractions du cœur et les diastoles artérielles sont faibles et courtes, les capillaires extérieurs pâlissent, les veines se gonflent et se dessinent d'une manière plus prononcée, par suite de la faiblesse de la circulation dans leurs canaux ; la peau devient sèche,

[1] *Vidi quoque stomachi dolores præ dolorum acerbitate, motum omnem abstulisse, et affectum tetano similem causasse.* (Van-Helmont, *Jus duumviratus*, p. 187. in-4° *de Elzivinio.*)

les urines sont aqueuses et presque incolores, les règles se suppriment, etc.

De la fièvre comme symptôme des dyspepsies acescentes chroniques.

2441. Dans toutes les dyspepsies cardialgiques chroniques on n'observe pas de fièvre comme symptôme habituel ; ce symptôme ne se manifeste que par intervalles, si des douleurs cardialgiques ou des symptômes de cardialgie aiguë très intenses surviennent incidemment, et encore même dans ce cas n'est-il pas rare de voir le pouls ne pas augmenter de fréquence, il est même quelquefois moins fréquent que dans l'état normal. On observe cependant parfois, si la maladie est arrivée au point de produire le dernier degré du marasme et de la faiblesse, une fréquence du pouls revenant comme par paroxysmes avec une faiblesse excessive des diastoles artérielles ; tel était le cas de la malade observée par M. Barras (2430). A mesure que les forces se relèvent, cet état fébrile disparaît. Ce mouvement fébrile est comparable à celui que produit une hémorrhagie abondante.

Des palpitations du cœur survenant comme symptômes des dyspepsies acescentes chroniques.

2442. Les palpitations de cœur surviennent presque toujours dans les dyspepsies acescentes chroniques, souvent dès le début de la maladie, par conséquent bien avant que la nutrition soit profondément altérée ; elles sont souvent liées à un état d'oppression presque dyspnéique. C'est là évidemment un symptôme nerveux dû à la connexion des nerfs de l'estomac avec ceux du cœur et des poumons.

Des accidents nerveux symptomatiques des dyspepsies acescentes chroniques.

2443. Le système nerveux, influencé à la fois par les souffrances que les malades éprouvent dans l'estomac, dont les fonctions agissent si puissamment sur lui, par la douleur continue que constitue le sentiment général de faiblesse, et par le défaut de nutrition, arrive à un état d'éréthisme rigoureusement comparable à celui qui se produit par la continuité de la faim ou par des hémorrhagies abondantes. Il en résulte une susceptibilité extrême pour les plus faibles impressions, des vertiges, des accidents spasmodiques, et à un plus haut degré des accidents ataxiques qui constituent la forme des cardialgies ataxiques et hypochondria-

ques, en lesquelles se convertissent très souvent les cardialgies chroniques par le seul fait de leur prolongation.

2444. La dyspepsie cardialgique chronique est une maladie très fréquente chez les femmes grosses, pendant les premiers mois de la gestation. Dans la plupart des cas, elle détermine des accidents si modérés, que l'on n'a même pas recours au médecin pour la combattre, d'autant plus que sa fréquence dans l'état de gestation la fait facilement considérer par les femmes comme un résultat physiologique de l'état de grossesse. Ce n'est que lorsque la cardialgie acquiert une intensité insolite, que les femmes grosses invoquent les secours de l'art. La grande fréquence de cette maladie, les rapports des accidents qui la constituent avec les fonctions utérines, l'influence fâcheuse qu'elle exerce, quand elle devient intense, sur la fonction de la gestation et sur la santé de la femme, enfin la grande difficulté qu'on éprouve souvent à la combattre, rendent nécessaire une description spéciale de cette affection cardialgique.

Fréquence de la dyspepsie cardialgique chronique chez les femmes grosses.

2445. La dyspepsie cardialgique des femmes grosses, au plus léger degré, s'annonce par une perte d'appétit se manifestant principalement le matin, avec une excrétion plus ou moins abondante de salive visqueuse, d'une saveur fade, ou comme salée, ou acide. Cette surabondance de salive provoque une sputation fréquente, et souvent des nausées et des vomissements pituiteux qui s'accomplissent quelquefois sans efforts. Dans la plupart des cas, ces accidents sont joints à un sentiment de défaillance et de douleur gravative perçue à la région épigastrique. Ces symptômes disparaissent souvent au bout d'une ou deux heures, pour se reproduire le lendemain. L'appétit se rétablit immédiatement après le vomissement, et les femmes peuvent se nourrir indifféremment de toutes les substances alimentaires. Souvent elles digèrent avec facilité et sans en être incommodées des aliments qu'elles ne peuvent habituellement supporter sans qu'il n'en résulte des douleurs d'estomac.

Description des dyspepsies cardialgiques des femmes grosses.

2446. Ces symptômes dyspepsiques, et surtout le ptyalisme, les nausées, les vomissements et la douleur cardialgique ne sont pas toujours limités chez les femmes grosses aux premières heures de la journée ; il arrive assez souvent qu'ils se renouvellent plusieurs fois par jour, surtout aux heures des repas ; quelquefois même ils sont continus, et redoublent après chaque ingestion d'aliments et de boisson.

2447. Un grand nombre de femmes grosses éprouvent des appétits dépravés qui leur font rechercher des aliments et des boissons de haut goût, qu'elles ne supportaient point ou qu'elles ne prenaient qu'avec répugnance dans l'état ordinaire. Ces appétits dépravés les portent quelquefois à manger des substances non alimentaires, telles que de l'argile, du plâtre, des coquilles d'œufs, d'huître, etc. ; ou bien à ingérer en grande quantité et à l'état cru des substances qui n'entrent ordinairement dans la préparation des aliments qu'en petite quantité ou à l'état de coction, telles que des plantes ou des fruits acides, comme l'oseille, le verjus, les citrons ; ou bien encore elles désirent des substances fétides ou d'une odeur pénétrante, telles que le fenouil, l'absinthe, l'assa fœtida, etc., etc. Lamotte rapporte le fait d'une femme qui mangeait des entrailles de poisson toutes crues [1]. Quand cet appétit dépravé est porté à l'extrême et qu'il n'est pas satisfait, les symptômes dyspepsiques, et surtout les nausées, les vomissements, deviennent plus intenses ; la malade est agitée, perd le sommeil, et tombe dans un état nerveux quelquefois très prononcé, Lamotte rapporte une observation sur une femme grosse qui, ayant résisté au désir qu'elle avait de manger de la chair d'un cochon de lait, fut tellement agitée pendant la nuit, qu'elle fut obligée de se relever ; elle se jetait à terre, mordant à belles dents et faisant des contorsions, sans que son mari pût pénétrer la cause de ces accidents, parce qu'elle dissimulait le désir qu'elle éprouvait [2]. Le même

[1] *Traité complet des accouch.*, etc, t. Ier, part. I, § IV, p. 452, Paris, 1765.

[2] *Loco cit.*, p. 453.

auteur cite aussi le cas d'une autre femme qui, n'ayant pas satisfait le désir de manger des artichauts, ne put dormir la nuit suivante, devint de plus en plus inquiète, éprouvant un appétit extrême, et ne pensant pourtant à autre chose qu'au désir qui la tourmentait : le lendemain matin elle avorta [1].

2448. La plupart des femmes grosses affectées de ces accidents cardialgiques ont de la constipation ; chez quelques unes les excrétions alvines sont irrégulières, tantôt dures, tantôt liquides, ou au moins molles et stercorales. Dans ce dernier cas, la défécation est ordinairement précédée de douleurs tormineuses vers les flancs ou à l'ombilic, et les excrétions liquides sont suivies d'un sentiment de collapsus et de faiblesse principalement dans les membres abdominaux.

2449. Les accidents cardialgiques des femmes grosses sont quelquefois beaucoup plus intenses ; ils consistent dans des douleurs épigastriques brûlantes, érodantes, constrictives, s'étendant aux hypochondres, ou remontant sous le sternum, et se faisant sentir au dos et vers les lombes ; des nausées continues, des éructations acides, des borborygmes, des vomissements quelquefois incoercibles et qui se renouvellent par l'ingestion de la plus petite quantité d'aliments ou de boissons. Ces malades ont habituellement une anorexie qui va jusqu'à une répugnance invincible pour les aliments et les boissons ; elles se plaignent d'oppression ; la respiration est anxieuse ; elles éprouvent un froid habituel des extrémités, la faiblesse devient extrême, la face est pâle, plombée et comme bouffie ; l'amaigrissement se prononce de plus en plus, l'irritabilité nerveuse est excessive ; les malades tombent dans des accidents spasmodiques. Le pouls est ordinairement alors faible et sans fréquence ; quelquefois cependant l'on observe des mouvements fébriles erratiques.

[1] *Loco cit.*, t. II, obs. v, p. 146.

2450. La cardialgie intense des femmes grosses peut présenter tous les symptômes des cardialgies bilieuses (2402 *etsqq.*), ou ne les manifester que par intervalles. Les femmes ont alors des vomissements bilieux verdâtres, accompagnés d'efforts violents, une douleur gravative vers l'hypochondre droit, des selles liquides bilieuses, alternant ou coïncidant avec des selles dures. Ces maladies ont plus fréquemment la forme de cardio-entéralgie, marquée par des douleurs tormineuses sous-ombilicales ou vers les flancs, des borborygmes très fréquents, des excrétions flatulentes, et quelquefois des excrétions alvines liquides (2411 *et sqq.*).

Accidents généraux consécutifs aux dyspepsies cardialgiques des femmes grosses.

2451. Presque toutes les femmes grosses affectées de cardialgie à un certain degré, tombent dans un état de langueur et d'affaiblissement; elles se décolorent; elles ont la face comme bouffie; l'irritabilité nerveuse devient telle, que les impressions sensitives, comme celles qui proviennent des odeurs, de la musique, des bruits imprévus, de même que les impressions morales les plus légères, les jettent dans un état nerveux marqué par des défaillances, des mouvements spasmodiques, des ris et des pleurs involontaires; elles tombent dans une sorte de mélancolie marquée surtout par des prévisions sinistres sur l'issue de leur grossesse ou sur les dangers de la parturition. L'avortement est la suite fréquente de ces accidents.

Marche des cardialgies des femmes grosses.

2452. La cardialgie des femmes grosses n'a pas, dans la plupart des cas, une marche continue; elle subit de fréquentes alternatives de diminution et d'exacerbation; assez souvent les symptômes se suspendent presque complètement ou tout à fait, pendant plusieurs jours et même plusieurs semaines, pour se reproduire ensuite.

Époques de l'invasion et de la terminaison des accidents cardialgiques chez les femmes grosses.

2453. La cardialgie des femmes grosses se manifeste dans la plupart des cas vers la troisième ou la quatrième semaine de la gestation, à l'époque à laquelle les règles devraient se reproduire, dans l'état de vacuité de l'utérus; elle débute souvent avec l'état de malaise précurseur habituel de la

menstruation, qui reste marqué aux époques menstruelles aux premiers mois de la grossesse. Quelquefois les symptômes cardialgiques commencent dès le premier jour de la grossesse, mais ils restent le plus souvent alors à un léger degré jusque vers la fin du premier mois où ils s'aggravent; ils durent habituellement jusqu'à la fin du quatrième mois de la grossesse. Dans les cas les plus rares, ils persistent jusqu'au terme de la gestation. Pendant sa longue durée, cette maladie, malgré les alternatives ordinaires d'exacerbation et de rémission, suit habituellement une marche ascendante jusqu'à la fin du troisième mois. A cette époque, les accidents cardialgiques diminuent; ce décroissement s'annonce surtout par la diminution de l'influence exercée par la maladie sur la nutrition, et principalement sur le système nerveux.

**Influence de la cardialgie sur la gestation.**

2454. La cardialgie modérée n'empêche pas la grossesse de parcourir régulièrement ses périodes; il n'en est pas de même de la cardialgie intense. Quand elle est portée au point de déterminer une anorexie complète, des vomissements presque incoercibles, une débilité extrême et des accidents nerveux intenses (2447), il est rare que la gestation ne finisse pas par s'interrompre. Cet accident grave survient de deux manières; tantôt au plus haut degré de la cardialgie, la malade est prise des coliques utérines et de l'hémorrhagie utéro-placentaire, qui précèdent immédiatement l'expulsion du produit de la conception (1316 *et sqq.*); tantôt les accidents cardialgiques se calment subitement, les seins s'affaissent, les mouvements du fœtus s'interrompent, les excrétions alvines deviennent liquides; le produit de la conception périt (1320); l'accouchement anticipé arrive huit à dix jours après (1328), sans que les accidents cardialgiques se reproduisent.

**Formes des dyspepsies cardialgiques chroniques.**

2455. Les dyspepsies cardialgiques chroniques se montrent sous deux formes différentes de celles que nous avons décrites, ces deux formes correspondent à celles que

nous avons signalées pour l'état aigu (2398, 2407), ce sont les dyspepsies cardialgiques bilieuses chroniques et les cardio-entéralgies chroniques.

**Observation clinique sur une dyspepsie cardialgique bilieuse chronique.**

2456. La dyspepsie cardialgique bilieuse chronique a été bien caractérisée dans l'observation suivante.

Une femme de trente-huit ans, d'une forte constitution, après avoir éprouvé des chagrins domestiques, fut prise en 1837, du dérangement des digestions caractérisé par une douleur comme rongeante à l'épigastre pendant cinq ou six heures après chaque repas. Cet état dura trois ou quatre mois; les règles devinrent irrégulières et peu abondantes; la malade maigrit beaucoup. On attribua ces accidents à la diminution de l'écoulement menstruel, et l'on eut recours sans résultat à des applications de sangsues à la vulve. La malade alla passer l'été à la campagne; les accidents diminuèrent. Au retour de la malade à Paris, en novembre 1838, les douleurs d'estomac reparurent avec peu d'intensité pendant les mois de décembre et de janvier. La malade remarqua alors qu'il se manifestait souvent pendant la digestion une douleur dans tout l'hypochondre droit, qui remontait jusqu'à la mamelle. Le 5 février, dans la nuit, quoiqu'elle n'eût pris la veille qu'un potage léger, cette dame fut affectée d'une vive douleur épigastrique qui, disait-elle, lui déchirait l'estomac et s'accompagnait de nausées, et d'efforts infructueux de vomissements. Nous vîmes la malade dans la matinée, elle était dans un état d'anxiété extrême; elle avait des nausées continuelles, avec des éructations acescentes; la région de l'estomac était le siège d'une douleur rongeante qui s'étendait sous le bord des hypochondres surtout à droite; la région épigastrique était tendue et la pression y provoquait une vive douleur; la face était grippée, la langue humide et large; il n'y avait pas eu de selles depuis trois jours, le pouls était serré, légèrement fréquent; nous prescrivîmes une potion avec deux grammes d'éther sulfurique et autant de laudanum de

Sydenham. Dans la journée les douleurs épigastriques diminuèrent; il survint une selle diarrhéique bilieuse qui entraîna beaucoup de matières fécales dures. Le soir, la malade ne se plaignait plus que d'une douleur gravative à l'épigastre qui de temps à autre s'exaspérait par des élancements sous l'hypochondre droit; l'exploration du ventre étant devenue plus facile, nous reconnûmes que le foie ne dépassait pas le bord des côtes, mais on percevait manifestement une tuméfaction rénitente assez exactement circonscrite sous le bord externe du muscle droit, immédiatement au dessous des côtes, au point correspondant à la vésicule du fiel. Un large cataplasme émollient sur le ventre fut prescrit, et nous conseillâmes d'administrer une légère infusion de fleurs de guimauve; deux selles bilieuses survinrent dans la nuit, qui fut agitée. Le 6 février au matin, les accidents étaient calmés, le ventre était souple, et nous ne trouvions plus de trace de la tuméfaction rénitente constatée la veille au siége de la vésicule du fiel; un bain fut prescrit, et nous conseillâmes pour nourriture à prendre dans le jour trois demi-tasses de bouillon froid léger. L'ingestion de ce bouillon reproduisit une douleur obtuse à l'épigastre avec des douleurs intermittentes peu intenses à l'hypochondre droit s'étendant au dos, la malade conservait de l'anorexie et de fréquentes éructations; les exacerbations de la douleur épigastrique furent plus rares et plus modérées. Nous conseillâmes d'insister sur l'administration des bains et sur les applications de cataplasmes sur le ventre; cet état persista sans changement jusqu'au 12; ce jour là, la malade eut deux selles bilieuses peu considérables, la douleur disparut. Nous conseillâmes l'administration d'une petite quantité de viande blanche, prise sèche, et pour boisson l'eau de Seltz naturelle. Pendant quinze jours la malade put se nourir avec les aliments indiqués sans éprouver d'autres accidents qu'une douleur épigastrique supportable qui durait trois ou quatre heures

après le repas. Cette douleur commença ensuite à s'accompagner d'élancements douloureux sous le bord de l'hypochondre droit, revenant surtout pendant la nuit. Le 26 février, ces douleurs lancinantes furent plus intenses dans la nuit, et le matin il survint des nausées avec un vif sentiment d'érosion vers l'épigastre; la potion éthérée et opiacée que nous avions prescrite au début fut reprise avec peu d'utilité immédiate; le soir, deux ou trois selles bilieuses se manifestèrent, chacune d'elle fut suivie d'une débilité avec douleur contusive dans les membres et froid des extrémités qui allait presque jusqu'à la lipothymie et durait une demi-heure après chaque évacuation; les accidents gastriques cessèrent immédiatement, et la malade revint alors au même état où elle se trouvait quelques jours auparavant; elle y resta encore dix jours, n'éprouvant toujours pour tout symptôme de maladie, qu'une douleur gravative obtuse à l'estomac, avec des éructations tantôt acides, tantôt amarescentes. De nouvelles douleurs lancinantes s'étant reproduites sous l'hypochondre droit, le 12 mars, la malade annonçait l'imminence d'une nouvelle crise, de nausées et peut-être de vomissements, à cause des douleurs lancinantes qu'elle avait déjà éprouvées précédemment comme prodromes de ces accidents. Nous constatâmes de nouveau la présence d'une tumeur non circonscrite occupant particulièrement le bord de l'hypochondre droit, à quatre ou cinq travers de doigt de l'appendice xyphoïde. Il y avait de la constipation depuis cinq jours; la malade avait un sentiment général de faiblesse extrême, elle se plaignait de froid des extrémités; elle avait passé les deux nuits précédentes sans sommeil, étant tourmentée par des inquiétudes dans les jambes; elle était dans un tel état d'irritation nerveuse que la moindre contrariété lui était insupportable et la jetait dans un état général d'excitation des plus prononcés; il n'y avait pas d'état fébrile; les urines avaient diminué de quantité à un degré notable; elles ne présentaient rien

d'insolite; il n'y avait pas de traces d'ictère ; l'anorexie était telle que la malade avait une répugnance invincible pour toute ingestion d'aliment. Nous fîmes administrer deux verres d'eau de Pulna, et deux heures après, cinq centigrammes d'extrait aqueux thébaïque en une pilule. La malade eut dans la soirée quatre à cinq selles bilieuses accompagnées de quelques coliques; elle remarqua que ces évacuations n'avaient point été suivies de ce sentiment de faiblesse porté jusqu'à la lipothymie imminente qu'elle avait éprouvée dix jours auparavant, par suite des évacuations bilieuses spontanées; la nuit suivante fut calme, deux demi-tasses de bouillon léger froid furent très bien supportées. Le lendemain, l'épigastre était souple dans toute son étendue ainsi que tout l'abdomen, surtout sous le bord de l'hypochondre droit, où nous avions senti la veille la tumeur rénitente mal circonscrite que nous avions rapportée à la présence de la vésicule du fiel distendue. Nous conseillâmes l'administration de trois tasses d'infusion légère de fleurs de guimauve avec addition d'une cuillerée à bouche de magnésie calcinée dans chaque tasse; nous prescrivîmes pour toute nourriture une petite quantité de viande blanche rôtie, prise sèche et froide, et l'application sur le ventre d'un emplâtre de thériaque. Cette médication fut continuée pendant huit jours, durant lesquels la malade n'éprouva d'autre accident qu'une anorexie continue et un sentiment obtus de doulenr vers l'épigastre qui revenait par intervalles et ne semblait pas lié à l'ingestion des aliments. Il y eut tous les jours une ou deux selles liquides, tantôt muqueuses, tantôt bilieuses, mêlées d'une petite quantité de fœces. Considérant alors la maladie comme en voie de guérison, nous augmentâmes la quantité de nourriture tout en conseillant de s'en tenir aux viandes grillées et rôties; nous prescrivîmes de remplacer les prises de magnésie qui répugnaient beaucoup à la malade, par un verre d'eau magnésienne saturée, pris tous les deux jours;

l'effet de ce dernier médicament fut de provoquer une ou deux selles liquides tous les deux jours. Les forces augmentaient, le seul symptôme qui persistait était l'anorexie avec un sentiment d'ardeur et une saveur comme poivrée à la bouche; la douleur gastrique ne se reproduisait que par rares intervalles sous la forme d'une douleur gravative modérée, le ventre restait souple et indolent, il se manifestait parfois quelques borborygmes; cet état persista pendant quinze jours. Le 14 avril, les règles parurent après de fréquentes douleurs tormineuses obtuses, pendant chacune desquelles la malade eutdes selles liquides bilieuses, rendues avec épreintes et suivies d'un sentiment de faiblesse avec propension à la lipothymie; depuis trois ou quatre jours une douleur rongeante peu intense s'était manifestée à l'épigastre vers le soir et pendant une partie de la nuit; il y avait absence complète de sommeil. Ces accidents diminuèrent d'intensité, mais ils persistèrent après l'écoulement menstruel qui dura trois jours et fut peu abondant; la malade éprouva alors une vive contrariété qui fut suivie d'une douleur térébrante à l'épigastre qui persista toute la nuit, pendant laquelle elle ne cessa de pousser des gémissements, et eut trois selles bilieuses; le matin, elle eut des nausées accompagnées d'une sécrétion de salive visqueuse abondante; il y eut deux vomissements de bile verdâtre. Nous vîmes la malade dans la journée, le 23 avril; elle était dans un état de découragement inexprimable, elle éprouvait, disait-elle, une faiblesse générale comme si la vie tendait à l'abandonner. Nous fûmes frappé de l'état de maigreur où nous la trouvâmes; le ventre était mou et sans tension, la malade y ressentait une douleur rongeante obtuse qui occupait toute la région épigastrique et toute la partie droite au dessous de l'hypochondre jusqu'au niveau de l'ombilic; la pression sur cette partie était faiblement douloureuse; la langue était large, humide et pâle, la saveur brûlante et

poivrée était continue à la bouche, une salive visqueuse était rejetée par expuition, il y avait de fréquentes éructations sans saveur, le pouls était sans fréquence. Nous fîmes pratiquer sur l'épigastre une friction avec l'huile de croton tiglium qui fut renouvelée trois fois dans la journée; nous prescrivîmes l'administration d'une potion effervescente dans laquelle nous introduisîmes du laudanum de Rousseau à la dose de un gramme à prendre dans la journée; nous conseillâmes des lavements amylacés; il y eut cinq à six selles bilieuses dans la journée. Le 25 avril, les accidents persistaient, mais avec moins d'intensité, il n'était pas survenu d'évacuation pendant la nuit, une légère rougeur érythémoïde commençait à se montrer à l'épigastre; les mêmes moyens furent continués. Nous conseillâmes d'administrer trois tasses de bouillon léger froid, avec addition de quatre gouttes de laudanum de Rousseau dans la première cuillerée; la journée et la nuit suivante se passèrent sans évacuation avec une diminution progressive des accidents. Le 15 avril, il ne restait de l'exacerbation précédente que quelques retours éloignés de la douleur rongeante à l'épigastre, de l'anorexie et des éructations après l'ingestion du bouillon; une éruption eczémateuse s'était produite sur l'épigastre par suite des frictions avec l'huile de croton tiglium; nous conseillâmes l'administration de trois verres d'eau naturelle de Vichy chauffée au bain marie à la température de 36 degrés, et la substitution au bouillon d'une petite quantité de viande blanche de poulet rôti; nous fîmes cesser les frictions irritantes sur le ventre. Le 20 avril, l'état de la malade restant le même, comme il n'était pas survenu de selle depuis trois jours, un verre d'eau magnésienne saturée fut administré et dut être continué tous les matins jusqu'à ce qu'il survienne une évacuation chaque jour. On commença l'administration des bains alcalisés avec 120 grammes de carbonate de soude, on porta la dose de l'eau de Vichy à quatre verres; de ce moment les accidents

diminuèrent; l'on put augmenter sans inconvénient la quantité des aliments et substituer à la volaille rôtie les viandes noires de mouton et de bœuf grillées. Le 26, il se manifesta cinq selles liquides bilieuses sans faiblesse consécutive; l'eau magnésienne fut interrompue. La maladie marcha en diminuant de plus en plus; toutefois, l'appétit ne reparut et la saveur poivrée à la bouche ne cessa qu'au bout de quinze jours de cette médication, qui fut continuée avec une amélioration chaque jour croissante pendant tout le mois de mai et la moitié de juin; les forces étaient alors rétablies, la maigreur s'effaçait. Au mois de juillet, nous substituâmes à l'administration des bains alcalins des bains de rivière de dix à quinze minutes de durée. Dès lors la santé se consolida; toutefois, la malade ne put renoncer au régime prescrit qu'au mois d'août et encore éprouvait-elle quelques douleurs épigastriques si elle substituait des légumes à la viande grillée et rôtie qui était depuis plus de trois mois son unique nourriture. Nous insistâmes pour que le régime animal fût continué, et nous fîmes prendre pour boisson aux repas l'eau de Vichy avec deux ou trois cuillerées à café de vin de Madère par verre. Après avoir continué ce régime pendant tout l'hiver, cette dame avait pris de l'embonpoint et recouvré toutes ses forces.

Tous les symptômes qui se sont succédé pendant le cours de la maladie dont on vient de lire l'histoire, sont ceux qui appartiennent spécialement à la forme de cardialgie chronique que nous appelons *cardialgie bilieuse.* Ainsi la continuité des selles bilieuses, ou au moins leur retour fréquent, la douleur à l'épigastre s'étendant vers les hypochondres, la tension et la rénitence à la région droite de l'épigastre précédant et accompagnant chaque exacerbation des accidents, s'atténuant et même cessant tout à fait quand les exacerbations se dissipaient; les nausées et parfois des vomissements bilieux dans les exacerbations; tous ces symptômes, qui furent dominants pendant toute cette

maladie, annonçaient évidemment qu'une sécrétion hépatique augmentée constituait une des lésions principales de l'état morbide.

Les symptômes cardialgiques proprement dits étaient semblables à ceux que nous observons dans presque toutes les cardialgies : c'étaient l'anorexie, les éructations, la sécrétion d'une salive visqueuse abondante dans la bouche déterminant une saveur comme poivrée, la douleur épigastrique rongeante ou seulement gravative, etc. C'est par ces symptômes essentiels et constants dans toutes les dyspepsies cardialgiques chroniques que la maladie se rattachait à ces affections.

Les symptômes généraux furent ceux qui s'observent dans toutes les cardialgies intenses, principalement dans les exacerbations; ces phénomènes morbides consistaient dans une faiblesse extrême exagérée jusqu'à la lipothymie imminente après les selles bilieuses, dans un état d'amaigrissement rapide, dans une irritabilité exagérée de tout le système nerveux, etc.

La marche des accidents n'a point été continue; les symptômes cardialgiques n'ont cependant pas cessé complètement dans tout le cours de la maladie; mais la marche exacerbante n'a cessé d'être évidente par le retour à intervalles irréguliers des douleurs d'estomac, des éructations, des nausées, de l'expuition salivaire exagérée, des selles liquides bilieuses. Cette marche exacerbante est encore une circonstance propre aux dyspepsies cardialgiques.

Nous avons constaté, parmi les symptômes de diacrise hépatique qui se sont montrés dans cette maladie, des phénomènes de souffrance locale que nous avons déjà fait remarquer dans les cardialgies bilieuses aiguës (2402); ces accidents méritent que nous insistions de nouveau sur leur présence, parce qu'ils sont constants dans les cardialgies bilieuses. Les exacerbations des douleurs se sont surtout caractérisées par la manifestation de douleurs lancinantes

plus ou moins vives sous le bord de l'hypochondre droit; ces douleurs ont précédé constamment les exacerbations, dont l'approche était annoncée par leur accroissement. Pendant les exacerbations, elles étaient intenses; on reconnaissait alors à l'exploration de l'abdomen une tumeur rénitente, profonde, mal circonscrite, occupant spécialement le siège de la vésicule du fiel; les évacuations alvines bilieuses survenaient ensuite, et leur apparition était comme la crise des exacerbations. Dès qu'elles se prononçaient, la tuméfaction perçue au point de l'abdomen correspondant au siége de la vésicule du fiel disparaissait.

Observation clinique sur la cardio-entéralgie chronique.

2457. L'observation suivante fait connaître les symptômes de la cardio-entéralgie chronique.

Une fille de vingt ans, d'un tempérament nerveux, abondamment menstruée, éprouva une vive commotion morale par suite de la rupture d'un projet de mariage avec un jeune homme qu'elle aimait depuis longtemps; elle tomba dans un état de tristesse profonde; ses digestions devinrent très lentes et très pénibles, à cause d'une douleur gravative qui se manifestait à l'épigastre après l'ingestion des aliments; les règles diminuèrent de quantité; la face se décolora, et un amaigrissement prononcé survint. La malade tomba dans un état de langueur que l'on espérait dissiper par la distraction d'un voyage aux bains de mer de Dieppe. Après huit jours de séjour au bord de la mer, pendant lesquels la jeune malade avait pris six bains, elle fut prise après le repas d'une vive douleur dans le ventre, accompagnée de vomissements; on attribua cet accident à une indigestion. De ce moment, les douleurs d'estomac après les repas devinrent plus vives, et augmentèrent encore après deux bains de mer. La jeune malade fut alors ramenée à la campagne à deux lieues de Paris. Elle était dans un état de langueur plus prononcé qu'avant le voyage aux bains de mer; les digestions étaient très pénibles et accompagnées d'éructations continues; le sommeil était presque nul;

le matin la malade quittait son lit avec un état général de courbature et de fatigue; elle éprouvait une douleur gravative à l'estomac, avec des envies de vomir qui se dissipaient par l'ingestion des aliments. Toutefois une tasse de chocolat qu'elle prenait le matin, tout en faisant cesser cet état d'imminence des vomissements, n'était digérée qu'avec une extrême difficulté. Il y avait une constipation très grande, qui d'ailleurs était depuis deux ou trois mois l'état habituel de la malade. Quatre ou cinq jours après la fin des règles, qui avaient été peu abondantes, comme à l'ordinaire, et pendant la durée desquelles les douleurs d'estomac pendant la digestion avaient augmenté d'intensité, la malade fut prise de coliques obtuses, avec tension de l'abdomen et céphalalgie presque continue. On eut recours, pour calmer ces accidents, à l'administration des bains tièdes. Ces coliques augmentaient dans la nuit et s'accompagnaient de borborygmes et d'éructations. Il y avait douze à quinze jours que cet état durait, quand tout d'un coup les coliques prirent une extrême intensité, et s'accompagnèrent de vomissements et d'une grande distension du ventre. On mit la malade au bain, on lui administra des demi-lavements réitérés avec une légère décoction de têtes de pavôt : les accidents diminuèrent d'intensité. Le lendemain matin, 18 août 1837, le ventre était tendu et renitent vers les flancs et à la région ombilicale; la pression était douloureuse sur toute la partie inférieure du ventre, principalement à droite à la région iléo-cœcale. Cette région était le siège de douleurs tormineuses presque continues, qui s'exaspéraient par intervalles rapprochés, jusqu'à faire pousser des cris à la malade. L'épigastre était légèrement rénitent, et la pression sur cette région provoquait des envies de vomir. La langue était large et humide; la malade avait de fréquentes éructations; elle avait, disait-elle, depuis longtemps, comme du vinaigre dans la bouche. La face était d'un blanc jaunâtre et portait l'empreinte d'une vive anxiété;

les yeux étaient excavés, les extrémités étaient froides, et la jeune malade éprouvait un tremblement général, comme celui du frisson d'une fièvre intermittente. Le pouls était serré et sans fréquence. Il n'y avait point eu de selles depuis six jours. Nous conseillâmes une potion gommeuse avec cinquante grammes d'huile de ricin, et addition de trente grammes de sirop d'éther, et d'un gramme de laudanum de Sydenham, à prendre en trois fois de demi-heure en demi-heure. Nous fîmes couvrir l'abdomen d'une fomentation émolliente, et nous conseillâmes des demi-lavements d'eau fraîche, administrés d'heure en heure, jusqu'à ce qu'il survînt des évacuations. Trois heures après il y eut une selle peu considérable qui fut accompagnée de l'expulsion d'une grande quantité de flatuosités et suivie d'un soulagement immédiat. Trois selles suivirent ainsi, et chacune diminua les accidents; cependant ils ne cédèrent qu'imparfaitement; il y eut encore pendant la nuit suivante d'assez vives douleurs tormineuses. Le lendemain, nous trouvâmes la tuméfaction et la rénitence du ventre considérablement diminuées; la pression sur la région ombilicale et iléo-cœcale ne déterminait plus de douleur; mais il n'en était pas de même à l'épigastre, qui était moins tendu, mais toujours douloureux à la pression; on y percevait les battements artériels très prononcés. La malade continuait à se plaindre d'une douleur épigastrique intense; elle avait toujours des éructations fréquentes. Nous conseillâmes l'administration de deux verres d'eau magnésienne saturée, alternés avec une légère infusion de feuilles de menthe; nous ne permîmes pour nourriture que deux tasses de bouillon froid léger dans la journée, et nous annonçâmes que les accidents éprouvés n'étaient que les symptômes d'une cardialgie chronique qui exigeait une médication prolongée, et qui ramènerait inévitablement les accidents tormineux pour lesquels on nous avait fait appeler. Le 5 septembre, la malade étant de retour à Paris, nous ap

prîmes que les douleurs tormineuses ne s'étaient pas reproduites avec une aussi grande intensité, mais qu'elles n'avaient cependant pas cessé complètement; elles revenaient par intervalles. Les douleurs d'estomac étaient devenues de plus en plus intenses. On avait administré pendant huit jours du lait d'ânesse : il avait paru d'abord calmer la douleur d'estomac, mais il n'avait plus ensuite été supporté, et la malade l'avait vomi pendant deux jours; elle se plaignait toujours d'avoir la bouche remplie d'un liquide acide, surtout pendant la digestion. La langue était humide et large. La malade avait une répugnance marquée pour les boissons. Les dents incisives de la mâchoire inférieure étaient érodées à leur couronne par un sillon qui pénétrait toute l'épaisseur de l'émail. La face était pâle, et le regard abattu; la maigreur était considérable; la faiblesse générale était extrême. La malade avait des palpitations dès qu'elle marchait, et surtout quand elle montait les escaliers; elle avait un froid continu des extrémités : elle ne pouvait se défendre du froid qu'en se couvrant comme en hiver. Elle était toujours triste et taciturne; elle ne pouvait se livrer, même pendant un quart d'heure à la lecture sans éprouver comme un embarras vers la tête, avec une douleur constrictive aux tempes et des vertiges. On ne percevait, à l'exploration du cœur et des artères, aucun bruit anormal. Le ventre était affaissé, sans rénitence et sans douleur à la pression, excepté à l'épigastre, où cette douleur était d'ailleurs peu prononcée; on percevait dans ce point des battements très forts, isochrones aux battements aortiques. La constipation était permanente; les selles rendues deux jours avant, après une suppression d'évacuations de sept jours, avaient été liquides et abondantes. M. Marjolin, à qui la malade avait été conduite six jours auparavant, avait conseillé des pilules avec l'assa-fœtida et l'extrait de valériane. Nous prescrivîmes l'administration, trois fois par jour, d'un

verre d'eau chauffée à la température de 45 degrés centigrades, tenant en dissolution 60 centigrammes de bicarbonate de soude et 30 centigrammes de sulfate de soude; nous conseillâmes de pratiquer sur tout le corps une friction avec 120 grammes de savon noir, immédiatement avant un bain d'une demi-heure de durée. Nous conseillâmes de nourrir la malade exclusivement avec de la viande blanche rôtie, prise sèche sans aucun condiment qu'une petite quantité de sel. Cette médication fut suivie pendant quinze jours avec une diminution progressive des douleurs d'estomac et de la faiblesse extrême de la malade. Les règles, qui n'avaient pas paru depuis six semaines, survinrent et furent à peine marquées, sans aucune exaspération des accidents. La présence de la salive acide à la bouche persistait; la douleur épigastrique était assez vive, surtout après l'ingestion des aliments, elle remontait sur tout le trajet de l'œsophage. La constipation avait diminué, et il était survenu des selles dures, sans douleur abdominale. Le 25 septembre au matin, sans cause évidente, la malade fut prise d'une exacerbation des douleurs d'estomac, de tranchées, d'un vomissement de matières muqueuses acides, et presque immédiatement après de douleurs tormineuses vers le flanc droit; elle avait eu la veille une évacuation abondante. Nous trouvâmes le ventre tendu et douloureux à la pression à l'ombilic et à la région iléocœcale; les douleurs tormineuses étaient peu intenses, mais presque continues. Nous conseillâmes une potion éthérée simple, et l'administration de demi-lavements froids avec l'infusion de valériane. Les accidents diminuèrent la nuit suivante sans qu'il survînt de selles. Le 26 septembre, la maladie était revenue à l'état où elle se trouvait deux jours auparavant. Nous conseillâmes de substituer l'eau de Vichy à la dissolution de bicarbonate de soude, nous en fîmes porter la dose à quatre verres par jour; nous prescrivîmes 2 grammes d'extrait de fiel de bœuf, et 5 centigrammes

d'extrait d'aloès, en neuf pilules à prendre tous les jours en trois prises; nous fîmes insister sur les bains avec le savon noir, en conseillant d'envelopper la malade après le bain dans une couverture de laine chauffée, pendant qu'on lui pratiquerait, sans la découvrir, des frictions sur tout le corps avec de la flanelle imprégnée de la vapeur de benjoin. Nous prescrivîmes de substituer, dans le régime alimentaire, les viandes noires aux viandes blanches, et pour boisson l'usage de l'eau de Bussang rougie avec du vin vieux de Bordeaux, dans chaque bouteille duquel on devrait ajouter deux cuillerées à café d'ammoniaque liquide. Cette médication eut un effet utile si prononcé qu'il suffit en huit jours pour faire cesser les douleurs d'estomac, ramener des digestions faciles et rétablir la liberté du ventre. Les forces se rétablirent successivement; la nutrition se ranima, et au bout d'un mois, nous pûmes suspendre sans inconvénient les moyens prescrits; toutefois nous fîmes continuer l'usage de l'eau de Vichy et de l'eau de Bussang aux repas, ainsi que l'administration exclusive des viandes grillées et rôties pendant trois mois, après lesquels l'embonpoint, la coloration rosée de la peau, et les forces étaient tout à fait rétablies.

L'observation que nous venons de rapporter présente comme symptômes morbides continus les accidents de la cardialgie chronique, et comme symptômes accessoires des douleurs tormineuses ombilicale et iléo-cœcale; la manifestation de ces douleurs s'est constamment jointe à une tuméfaction rénitente du ventre, lequel devenait en même temps douloureux à la pression, et à une exacerbation prononcée des accidents cardialgiques proprement dits. C'est la présence de ces douleurs tormineuses survenant pendant le cours de la cardialgie vers les intestins, le plus souvent à la région iléo-cœcale, quelquefois à la région du colon descendant, assez fréquemment à la fois à l'un et à

l'autre côté de l'abdomen, qui caractérise spécialement la cardio-entéralgie.

Rapport des douleurs tormineuses de la cardio-entéralgie chronique avec la constipation.

2458. Les douleurs tormineuses ne peuvent être attribuées à la constipation, ce symptôme commun et si prononcé de la plupart des cardialgies. Leur persistance pendant un temps prolongé, malgré les évacuations alvines, leur manifestation, même après que les évacuations sont survenues avec abondance, comme cela est arrivé dans le cas précédent à la dernière attaque de ces douleurs, l'absence complète de ces coliques dans le plus grand nombre des cardialgies chroniques, nonobstant la présence d'une constipation opiniâtre; toutes ces circonstances forcent de voir dans cet accident l'effet d'une condition morbide du tube digestif autre que la rétention des matières fécales. Toutefois, il importe de remarquer que la constipation coïncide le plus souvent avec ces douleurs tormineuses; de même que la tension de l'abdomen et la présence d'une grande quantité de gaz dans les intestins produisent à la fois les éructations, les borborygmes et les excrétions flatulentes.

Des variétés de formes des cardio-entéralgies chroniques déterminées par la réunion des symptômes des dyspepsies acescentes chroniques et des cardialgies bilieuses.

2459. Nous venons de rapporter un exemple de maladie dans lequel les accidents entéralgiques se sont joints à ceux de la cardialgie ascescente chronique simple. Dans quelques cas, à la vérité plus rarement observés, on les voit se produire dans les cardialgies bilieuses chroniques. Enfin, il arrive de rencontrer des malades chez lesquels on trouve tantôt à la fois, tantôt se succédant par alternatives, tous les symptômes des cardialgies chroniques simples, des cardialgies bilieuses et des cardio-entéralgies. Ces faits, semblables à ceux que nous offre l'histoire des cardialgies aiguës (2401), montrent évidemment que tous les accidents de ces trois formes de maladie ne dépendent, à l'état chronique comme à l'état aigu, que du degré et de l'étendue de la même affection gastro-intestinale. On conçoit que la réunion de ces accidents divers avec toutes les variations d'intensité que chacun d'eux peuvent présenter,

avec les différences qui se produisent dans leur succession et leur coïncidence réciproques, suffisent pour produire de nombreuses variétés dans les symptômes des cas particuliers. Ces variétés sont encore plus nombreuses pour la maladie chronique que pour la dyspepsie cardialgique aiguë, non seulement parce que la plus longue durée des accidents permet de plus nombreux changements dans leurs phénomènes, mais aussi parce que les symptômes généraux, introduits dans la maladie par l'altération secondaire des grandes fonctions, modifient par leurs coïncidences tous les accidents appréciables des différentes formes des cardialgies chroniques.

Observation clinique sur un cas qui réunit les différentes formes des cardialgies acescentes chroniques.

2460. Pour donner au moins un exemple des accidents spéciaux des cas particuliers qui rassemblent les symptômes des principales formes des cardialgies chroniques, nous croyons utile de rapporter ici une observation que nous empruntons à l'ouvrage de M. Barras [1] :

« Une femme de trente-six ans, d'un tempérament bilieux et mélancolique et d'une bonne constitution, eut une jeunesse pénible ; elle eut avant l'âge de seize ans toutes les maladies régnantes. Les règles, qui ont commencé entre seize et dix-sept ans, ont toujours été précédées de malaises insupportables, toujours suivis de syncopes. Elle s'est mariée à vingt-deux ans, et est devenue veuve à vingt-sept, après une union troublée par de cruels chagrins : il en est résulté une altération profonde dans sa constitution; elle tomba dans le marasme, sa figure se décolora et devint terreuse; ses digestions ne se faisaient plus, et de fréquentes indigestions se manifestaient; l'appétit était nul, et elle ne pouvait rien ingérer dans l'estomac sans en éprouver de vives douleurs. La faiblesse était extrême. Les règles étaient très peu abondantes, de très mauvaise couleur, et quelquefois irrégulières. La peau devint sèche et squameuse. Des douleurs se faisaient sentir

[1] *Traité sur les Gastralgies*, etc., t. II, p. 71.

partout, et particulièrement aux lombes et à l'épigastre. Des bains entiers, des demi-bains, des frictions, des sangsues à la vulve fréquemment appliquées, quelques légères purgations, l'usage de la flanelle sur la peau, un choix minutieux dans les aliments, le lait d'ânesse, l'infusion de fleurs de tilleul, l'éther, ne remédièrent point aux accidents et souvent les augmentèrent. Un second mariage, qui donna à la malade la paix et le bonheur, se fit en 1822. Cependant la santé ne s'est point améliorée; la maladie a pris toutes sortes de formes et de caractères, et a produit une série de maux inexplicables. Les digestions ont constamment été pénibles et mauvaises. Les règles, sans être trop irrégulières, n'ont jamais bien été, et ont toujours fait souffrir d'horribles malaises. Pendant longtemps il y a eu une douleur fixe dans les flancs, tantôt d'un côté, tantôt de l'autre, mais plus ordinairement du côté gauche. L'épigastre est et a toujours été douloureux et comme enflé; il a de la peine à supporter le poids des vêtements, la moindre pression y est insupportable. La malade a toujours des oppressions, des étouffements, des vents en abondance avec des éructations presque continuelles; elle a ressenti et elle ressent encore quelquefois comme une boule qui remonte du ventre à la gorge, et qui y cause une constriction très douloureuse. La bouche est souvent sèche sans soif habituelle; la malade a de la peine à faire les mouvements de déglutition. Pendant les quatre à cinq premières années de cette maladie, la malade avait presque tous les jours des palpitations de cœur et un sentiment de froid glacial dans tout le corps avec tremblement. Les fomentations et les linges chauds réchauffaient difficilement; l'éther et l'infusion de tilleul, qu'on prodiguait dans ces circonstances, ont en définitive fait plus de mal que de bien. Quoique la chaleur de la peau succédât au refroidissement, il n'y avait pas de véritable fièvre; la peau ne devenait que très rarement moite, et les mains et les

pieds étaient alors et sont presque toujours d'un froid glacial. La figure est quelquefois d'un rouge écarlate, d'autres fois très pâle ; la joue gauche est souvent fort colorée. La langue a toujours été comme en bonne santé. Pendant longtemps la malade a été constipée ; elle ne l'est plus ordinairement; mais la digestion se fait difficilement et mal : il y a rarement de la diarrhée. Les urines sont quelquefois blanches comme de l'eau, surtout dans les crises ; d'autres fois elles sont colorées, et même chargées au point de déposer un sédiment briqueté. Les crachats sont souvent blancs, épais, collants et savonneux, surtout dans les grandes souffrances. Le sommeil est rarement bon ; il est agité par des rêves pénibles. La malade souffre beaucoup en se couchant, davantage encore au moment du réveil; elle éprouve alors des malaises, des pesanteurs et une grande lassitude dans tous les membres. Le ventre est souvent gonflé et comme balonné. Les potions éthérées calmantes, les sangsues au siège et à la vulve, beaucoup de minoratifs avec la rhubarbe, les sels et la magnésie, un grand nombre de lavements et de demi-lavements, des bains, des frictions, n'eurent aucun effet; les bains seuls soulageaient, les bains froids ne pouvaient être supportés. L'exercice à pied était impossible à cause de la faiblesse; le mouvement de la voiture, même la plus douce, donnait de la courbature. Le régime a toujours été plutôt débilitant que tonique. La malade mange peu et a rarement de l'appétit; mais elle éprouve souvent des fatigues d'estomac qu'elle prend pour des besoins. Indépendamment de cet état pour ainsi dire habituel, cette dame éprouva, il y a deux ans, une maladie qui se manifesta par de très violentes douleurs d'entrailles qu'on attribua à des pilules de rhubarbe qui étaient prises tous les matins. La langue était rouge sur les bords et à la pointe ; il y avait une forte fièvre et toutes les apparences d'un commencement d'inflammation dans les intestins. Quarante-huit sangsues furent appli-

quées en cinq fois et à de courts intervalles sur le ventre et l'estomac. La diète absolue fut recommandée; l'eau de gomme et l'eau de riz furent ordonnées. Les douleurs inflammatoires ne persistèrent pas, mais depuis ce temps la malade a rarement été sans quelques douleurs d'entrailles, malgré les fomentations émollientes sur l'abdomen, la privation du vin, et une nourriture plus débilitante. Il y a environ quatre mois, la malade eut une légère évacuation de sang par l'anus qui fut suivie de violentes épreintes; cet état dura trois semaines; peu de temps après elle eut des hémorrhoïdes qui furent très douloureuses pendant plus de quinze jours. Dans le mois qui suivit, il y eut une diminution notable des accidents; les douleurs intestinales étaient un peu calmées; elle avait moins d'étouffements, l'appétit était meilleur; elle digérait plus facilement, et le sommeil était assez bon. Peu de temps après elle fut prise de fortes angoisses et d'un vomissement effréné, qui se répéta plus de vingt fois en trois jours, pendant lesquels elle rejeta sept à huit pintes de matières bilieuses. Au bout de quinze jours de ménagement et de régime, elle se trouvait assez bien, sauf quelques tranchées, lorsqu'il survint un second vomissement bilieux qui fut moins long que le premier. Huit jours après, les règles parurent, mais elles furent peu abondantes et de mauvaise couleur. La malade ayant toujours des coliques, on appliqua dix-huit sangsues au siège; dès le lendemain il y eut un vomissement de dix-huit heures, par lequel elle rendit plus de six pintes de bile mêlée de glaires et de matières épaisses qui paraissaient être le résidu de mauvaises digestions. Quoique la malade ne fût pas trop mal après, et qu'elle ne se plaignît plus que de la continuation des tranchées, on décida de lui ouvrir la veine du bras : il n'y eut ni mieux ni pire les deux premiers jours qui suivirent cette saignée; le troisième jour, au moment du repas, elle ressentit quelques coliques plus vives que d'ordinaire; ayant faim cependant, elle prit cinq

cuillerées de vermicelle au gras et deux bouchées de bouilli. Les tranchées devinrent plus fortes ; elle fut obligée de se mettre au lit, et elle vomit deux fois dans la soirée. La nuit se passa dans une vive agitation et avec des douleurs extrêmes. Une abstinence complète fut prescrite : on ne permit que de l'eau froide pour rafraîchir la bouche et calmer l'irritation. Le matin, nouveau vomissement, précédé et accompagné des mêmes tranchées et d'angoisses insupportables ; le soir, il y eut encore un vomissement qui fut suivi d'un mieux marqué ; la malade eut un peu de sommeil pendant la nuit, et le lendemain matin tous les symptômes inquiétants avaient disparu. Le vomissement revint plusieurs fois, mais il fut moins considérable. Il y a toujours en outre un état de malaise et des douleurs intestinales plus ou moins fortes : ces douleurs se font souvent sentir au nombril, où elles paraissent profondes ; elles partent de là comme d'un centre pour se ramifier au creux de l'estomac, à l'utérus, dans les flancs, dans le dos, entre les épaules et dans les reins. L'eau gazeuse et les pastilles de bicarbonate de soude que l'on emploie depuis quelque temps font plus de mal que de bien ; l'eau de Sedlitz, dont on fait également usage, provoque d'abondantes évacuations, après lesquelles il y a un peu de calme, mais les symptômes ordinaires reviennent bientôt et s'exaspèrent toujours de temps à autre. Pendant ces exacerbations, auxquelles les variations atmosphériques paraissent surtout contribuer, le pouls est dur et élevé, sans qu'il y ait pour cela de véritable fièvre, car il revient bientôt à son rhythme normal. La langue n'a pas cessé d'être belle. La maigreur, qui était déjà très prononcée avant les vomissements, est considérable aujourd'hui et approche du marasme. La faiblesse est si grande que la malade a de la peine à marcher ; la moindre secousse, un faux pas, augmentent les douleurs abdominales. La tête seule n'est point affectée, si ce n'est de quelques migraines ; on ne remarque d'autre

affection de l'esprit que la tristesse, l'ennui, le découragement, l'inquiétude, inséparables d'une maladie qui compte neuf années d'existence. M. Barras, sur l'exposé de l'état de la malade que nous venons de rapporter, conseilla, le 20 juin 1829, une médication qui consistait : 1° pour les moments d'exaspération des symptômes, dans la diète presque absolue et une médication calmante et modérée ; 2° pour les intervalles du mieux, dans une nourriture douce, analeptique, et la suppression de tout médicament ; 3° dans la sécurité morale, les distractions, en un mot, dans une bonne hygiène. Après un mois de cette médication, la santé de la malade s'était sensiblement améliorée ; le vomissement n'était point revenu, et les douleurs d'entrailles, bien qu'elles n'aient pas tout à fait cessé, étaient cependant peu de chose en raison de ce qu'elles étaient auparavant. Quinze jours plus tard, au commencement d'août, M. Barras constata lui-même l'amélioration, qui était telle, que la malade prenait et digérait facilement, à l'aide d'un peu d'eau de Seltz dans son vin, une quantité modérée de nourriture, et ne conservait de sa maladie que de la faiblesse et de la maigreur. Le 2 octobre, la malade n'avait éprouvé, depuis la visite de M. Barras, que des malaises, des étouffements, des chaleurs erratiques et des flatuosités, encore ces phénomènes avaient-ils été beaucoup moins intenses et plus rares qu'autrefois ; du reste, les digestions étaient bonnes, et les règles, quoique toujours précédées et suivies de quelques incommodités, allaient aussi assez bien : sans être très colorées, elles l'étaient plus que de coutume ; les forces et l'embonpoint revenaient d'une manière très sensible. La malade fut alors prise d'une fièvre tierce endémique dans le pays ; les accès, composés d'un violent frisson, d'une chaleur ardente et de sueurs, duraient dix à douze heures ; la tête et les membres étaient brisés ; la soif, les nausées et le dégoût pour les aliments commencèrent à reparaître ; le ventre devenait de nouveau sensible au

toucher; il y avait un mouvement bilieux et un commencement de diarrhée; l'excrétion des urines et celle des matières fécales s'accompagnait d'une sensation de brûlure. Dans cet état, M. Barras conseilla de combattre d'abord avec les adoucissants et les anodins, à l'extérieur comme à l'intérieur, la vive irritation qui paraissait se renouveler dans le tube digestif; il fut d'avis de n'en venir au sulfate de quinine qu'après qu'on aurait calmé cette irritation. Sous l'influence de ces moyens, la fièvre disparut en peu de jours, et la malade supporta très bien l'hiver rigoureux de 1829 à 1830. Il ne paraît pas que sa santé ait été depuis altérée. »

Les jeunes médecins, qui n'ont point encore appris par expérience jusqu'où peut être portée la chronicité de la dyspepsie cardialgique, et combien est grande la variété des accidents qu'elle peut occasionner, ne peuvent trop méditer sur toutes les circonstances de la maladie qui a fait le sujet de cette longue observation. Cette maladie de neuf années, pendant lesquelles les fonctions gastro-intestinales n'ont cessé de s'accomplir avec douleurs, cette longue suite de souffrances si variées dans leurs formes, dépendaient de l'état morbide du tube digestif. Ces sécrétions anomales de mucus, de bile, de gaz, se produisant dans la cavité gastro-intestinale; cette détérioration si profonde de la nutrition; ces accidents nerveux si variés; tous ces phénomènes morbides développés parallèlement à l'affection gastro-intestinale, sont bien propres à faire concevoir toute la gravité et le caractère réfractaire des cardialgies chroniques, et la multiplicité des accidents qu'elles peuvent déterminer.

Dans la première période de la maladie, antérieure à 1822, nous trouvons les accidents simples d'une cardialgie chronique : l'anorexie, les douleurs d'estomac survenant surtout après l'ingestion des aliments, les douleurs épigastriques et lombaires, cette décoloration de la face, l'amaigrissement, la sécheresse de la peau, la fai-

blesse extrême, etc. Après 1822, tous les accidents cardialgiques s'exaspèrent; aux douleurs d'estomac se joignent les productions de gaz dans le tube digestif, des déjections alvines, tantôt dures, tantôt liquides, toujours rares; les crachats muqueux et savonneux; la distribution irrégulière de la chaleur dans le corps, marquée par le froid habituel des extrémités; les tremblements, les chaleurs erratiques à la face et au corps. Les accidents nerveux sont plus prononcés. Ils consistent dans des palpitations de cœur, des rêves pénibles, l'agrypnie, etc. L'amaigrissement et la faiblesse produits par la détérioration croissante des fonctions nutritives, deviennent encore plus marqués. En 1827, des accidents d'irritation comme inflammatoires surviennent du côté du tube digestif, peut-être par l'effet de l'abus des excitants; dès lors commencent à se montrer les symptômes d'entéralgie qui se joignent à ceux de la simple dyspepsie cardialgique. En 1829, la maladie prend une nouvelle forme; des vomissements bilieux surviennent et aggravent tous les autres accidents. La maladie prend la forme de la cardio-entéralgie bilieuse; le produit exagéré de la sécrétion hépatique est rejeté par les vomissements en quantite si grande qu'il constitue une véritable diacrise bilieuse colliquative. La production de ces nouveaux accidents ajoute encore à la faiblesse de la malade, qui devient si grande, que les mouvements de locomotions sont presque impossibles; la maigreur atteint le degré du marasme, etc.

Transformation de la dyspepsie cardialgique aiguë en cardialgie chronique.

2461. Les dispepsies cardialgiques chroniques peuvent n'être que le résultat de la transformation des cardialgies aiguës. Dans ce cas la maladie passe à la forme chronique, tantôt en perdant de l'acuité des symptômes cardialgiques proprement dits, quelquefois en conservant toute l'intensité de ces symptômes, mais dans tous les cas, par la manifestation des phénomènes généraux de trouble du système nerveux et de la nutrition. Ainsi, les palpitations l'irré-

gularité du sommeil, les spasmes, la faiblesse générale, la distribution anomale de la chaleur au corps et aux membres, l'amaigrissement, etc. se prononcent chaque jour davantage, pendant que les douleurs d'estomac, la lenteur des digestions, l'anorexie, etc. persistent.

De la dyspepsie cardialgique chronique dès son début.

2462. Dans le plus grand nombre des cas, la dyspepsie acescente chronique s'établit progressivement sans se manifester à son début par les accidents de l'état aigu. On voit alors en même temps survenir comme phénomènes initiaux de la maladie tous les symptômes généraux de détérioration de la nutrition (2440) et de trouble des fonctions du système nerveux (2443). Dans cette forme de la cardialgie primitivement chronique, les symptômes gastro-intestinaux sont souvent moins évidents que les accidents généraux, et surtout que les accidents nerveux : les malades tombent dans l'agrypnie; ils ont des palpitations, ils s'irritent par les moindres causes, ils deviennent taciturnes et se créent des chagrins imaginaires, ils sont irascibles ; ils ont des vertiges, ne peuvent plus se livrer sans fatigue et sans éprouver une pesanteur de tête et un sentiment de défaillance aux travaux intellectuels les plus modérés, etc. Pendant que ces symptômes se manifestent et s'accroissent, la face se décolore, le regard devient terne, les yeux perdent leur brillant, la peau se sèche, la maigreur fait des progrès, etc. Les symptômes cardialgiques (2435) qui coïncident dès le début de la maladie avec ces symptômes généraux, sont souvent très modérés. Ce ne sont parfois qu'une douleur d'estomac obtuse, succédant surtout à l'ingestion des aliments; des éructations, l'anorexie, la sécrétion d'une salive épaisse et visqueuse, d'une saveur comme poivrée ou acide, etc.

Symptômes qui persistent pendant le cours de la dyspepsie cardialgique chronique.

2463. La dyspepsie cardialgique chronique, une fois développée, persiste, dans presque tous les cas, sans de notables changements dans les symptômes au moins pendant plusieurs semaines, et même pendant plusieurs mois. Ces accidents subissent des exacerbations plus ou moins rappro-

chées, qui se reproduisent à des intervalles variables, et qui sont fréquemment liées aux fonctions du tube digestif; elles coïncident ordinairement avec les moments où l'ingestion des aliments sollicite l'action de l'appareil gastro-intestinal. Pendant ce temps, les phénomènes nerveux deviennent plus prononcés; les exacerbations de la maladie les font varier d'intensité comme les accidents cardialgiques eux-mêmes, dont ils suivent d'ordinaire toutes les phases.

Langueur des fonctions organiques, et spécialement des fonctions génitales dans les dyspepsies acescentes chroniques.

2464. Pendant tout le cours de la cardialgie chronique, les fonctions organiques restent languissantes, l'état de maigreur du malade, lors même que l'on peut faire supporter aux organes digestifs une assez grande quantité d'aliments, est un des résultats de cette débilité des fonctions organiques. Les organes génitaux, dont les fonctions complètes exigent plus que toutes les autres une grande activité de la circulation et de la nutrition, subissent les premiers et au plus haut degré l'influence de la dyspepsie cardialgique. La révolution de la puberté est ralentie ou suspendue par cette maladie; celle de l'âge critique est accélérée; les règles diminuent d'abord et deviennent irrégulières et même s'interrompent. La stérilité des femmes est habituelle dans ces maladies, au moins l'avons-nous constaté dans cinq cas de femmes qui sont devenues enceintes après la terminaison de dyspepsies cardialgiques chroniques, pendant lesquelles elles n'avaient pas conçu. Nous sommes également frappé de l'absence de grossesse chez les femmes affectées de cardialgies chroniques, dont les observations ont été recueillies par des auteurs, et notamment par M. Barras. Pour les hommes, le plus grand nombre signalent parmi les phénomènes de faiblesse où ils sont tombés, la flaccidité habituelle des organes génitaux, l'absence de désirs vénériens et l'impossibilité de se livrer au coït. Nous avons constaté plusieurs fois une atrophie remarquable des organes génitaux chez des sujets malades depuis longtemps.

Changements provoqués dans l'intensité des dyspepsies acescentes chroniques par les causes morbigènes intercurrentes.

2465. Les accidents de la dyspepsie cardialgique chronique subissent par intervalles des changements dans leur intensité sous l'influence de tous les agents extérieurs à l'action desquels les malades sont exposés. Les plus remarquables de ces mutations sont celles qui se rattachent à l'état thermométrique de l'atmosphère et à l'apparition des météores. Presque toutes les cardialgies chroniques diminuent d'intensité lorsque l'atmosphère devient rude et sèche, et s'aggravent par l'influence de l'humidité froide. Les temps froids et secs du milieu de l'hiver apportent presque toujours un changement favorable aux accidents de ces maladies, tandis que les temps variables du printemps et de l'automne les exaspèrent habituellement. Les temps d'orage, le règne des vents humides et froids aggravent aussi les souffrances de la plupart des malades affectés de dyspepsies cardialgiques chroniques.

L'influence de toutes les causes excitantes ou sédatives physiques, physiologiques et morales, qui peuvent agir sur l'organisme, se montre au plus haut degré sur les accidents des dyspepsies cardialgiques chroniques. La susceptibilité de l'organisme à ressentir l'effet de toutes ces causes, augmente avec les progrès de ces maladies à un degré tel que leur intervention est toujours suivie de changements immédiats dans l'intensité des accidents morbides.

Nature des modifications qui surviennent dans les accidents des dyspepsies cardialgiques chroniques sous l'influence des causes intercurrentes.

2466. Les dyspepsies cardialgiques chroniques doivent aux progrès de la lésion gastro-intestinale qui les constitue, et à la susceptibilité que contractent les sujets qu'elles affectent pour sentir l'influence de toutes les causes morbigènes, de se modifier dans leurs accidents avec une extrême facilité. Ces modifications consistent le plus ordinairement dans la manifestation des symptômes de diacrise bilieuse ou d'accidents entéralgiques plus ou moins intenses. De là, la production des vomissements bilieux, des douleurs tormineuses, de la distension de l'abdomen par des gaz, des éructations et des excrétions alvines flatulentes, des diar-

rhées bilieuses qui surviennent si souvent et se reproduisent et disparaissent plusieurs fois sans régularité pendant le cours de ces maladies. Les accidents nerveux de ces maladies subissent aussi de nombreuses modifications, tantôt sous l'influence de causes qui exercent spécialement leur action sur le système nerveux, tantôt sans causes appréciables. Ces modifications consistent soit dans les variations d'intensité des accidents nerveux, soit dans leurs formes : ainsi les douleurs abdominales s'aggravent en changeant de siège, les palpitations se produisent ou cessent de se montrer; des spasmes surviennent aux extrémités ou s'atténuent; des douleurs céphalalgiques surviennent, disparaissent, ou se reproduisent à chaque digestion, ou à toutes les digestions de certains aliments, etc.

Toutes ces variations dans les accidents des dyspepsies ont souvent pour résultat d'imprimer à la maladie une marche exacerbante qui lui donne une forme telle qu'elle semble n'être qu'une succession de cardialgies aiguës, tantôt d'une dyspepsie cardialgique simple, tantôt d'une cardialgie bilieuse, tantôt d'une cardio-entéralgie simple ou bilieuse, etc.

Durée des dyspepsies cardialgiques chroniques.

2467. La durée des cardialgies chroniques est toujours extrêmement prolongée. Les plus courtes de ces maladies ne durent guère moins de plusieurs mois; il n'est pas rare de les voir se prolonger pendant des années; il en est qui persistent pendant un partie de la vie.

Hippocrate attribuait à cette maladie une durée toujours très prolongée; il admettait qu'elle ne se terminait que dans la vieillesse, et même qu'elle durait toute la vie. L'expérience prouve que cette assertion est trop absolue : la cardialgie chronique peut se terminer heureusement après une durée de plusieurs années (2460); toutefois, il n'est pas rare de la voir persister pendant une grande partie de la vie. Schmidtmann parle d'une religieuse qui fut affectée de cette maladie depuis son jeune âge jusqu'à quatre-

vingt-quatre ans. J'ai, ajoute-t-il, connu des personnes affectées de cette maladie, qui ne sont pas moins arrivées à la plus extrême vieillesse.

Des terminaisons heureuses des dyspepsies cardialgiques chroniques.

2468. La terminaison heureuse des cardialgies chroniques est rarement spontanée : elle n'arrive guère, si l'on n'oppose pas à ces maladies une médication rationnelle suffisante et prolongée, que par les changements physiologiques qui s'accomplissent dans l'organisme par la succession des âges. Ainsi la révolution de la puberté marque quelquefois le terme des cardialgies chroniques, assez rares d'ailleurs, qui sont survenues dans l'enfance. Celles de ces maladies qui sont survenues sous l'influence de la puberté, et celles-ci sont communes, ne cessent par ordinairement avant le terme normal de l'accroissement, c'est à dire avant vingt-un ou vingt-deux ans. Le plus grand nombre de ces maladies se montrent après l'accroissement terminé : elles ont, plus que toutes les autres, de l'aptitude à durer pendant des années ; elles ne cessent quelquefois qu'au commencement de l'âge décroissant, et par exemple, chez les femmes, vers l'âge de trente-huit à quarante ans, époque de la vie où une modification importante s'accomplit dans l'organisme, comme l'indique la propension à l'obésité qui survient à cette période de la vie. La cardialgie, dit Schmidtmann, cesse souvent d'elle-même par les seuls progrès de l'âge. « J'ai, ajoute ce praticien, connu beaucoup de femmes » qui avaient été souvent prises de cette maladie dans leur » jeunesse et à l'âge consistant de la vie, qui en ont été » ensuite tout à fait débarrassées en arrivant à la vieil- » lesse. »

Terminaison des dyspepsies cardialgiques chroniques par l'apparition d'autres maladies.

2469. La terminaison des cardialgies chroniques est quelquefois suivie de l'apparition d'une autre maladie chronique : ainsi l'on voit au terme de cette maladie se produire des affections dartreuses, des douleurs rhumatismales chroniques, des affections goutteuses, des diacrises rénales, telles que la gravelle, auxquelles les malades n'avaient

jamais été sujets avant la maladie du tube digestif, mais auxquelles il est vrai de dire qu'ils étaient souvent prédisposés.

Dans quelques cas, avant que la terminaison de la maladie soit définitive, les accidents cardialgiques alternent plusieurs fois avec les affections qui doivent leur succéder : ainsi F. Hoffmann a vu la migraine et la cardialgie chronique se substituant plusieurs fois l'une à l'autre[1]. Nous avons vu, en 1838, un lichen de la peau de la poitrine suivi de la disparition d'une dyspepsie qui durait depuis huit ans, et la guérison de ce lichen, obtenue en deux mois, suivie du retour de la cardialgie, qui cessa deux mois après définitivement par la récidive du lichen. M. Barras a rapporté le cas d'un homme de cinquante-six ans, qui conserva pendant huit années une cardialgie entretenue par un travail assidu et opiniâtre de cabinet, qui fut débarrassé de sa maladie quand une violente névralgie sciatique se déclara[2]. F. A. Weber a vu une cardialgie chronique heureusement terminée chez un ivrogne par la manifestation d'une inflammation comme érysipélateuse avec des vésicules semblables à celles du zona, déterminée par une application faite par erreur d'un cataplasme rubéfiant sur la région de l'estomac[3].

Aptitude aux récidives qui persiste après les dyspepsies cardialgiques chroniques.

2470. La terminaison des dyspepsies cardialgiques chroniques laisse toujours subsister pendant longtemps une extrême aptitude à les contracter de nouveau par l'action des causes les moins actives pour les reproduire. Cette aptitude à la reproduction des cardialgies constitue une sorte d'état constitutionnel qui subit toutes les variations que les divers changements qui résultent dans l'organisme de la succession des périodes de la vie modifient de la manière la plus marquée. Ainsi, aux époques menstruelles, à l'âge de la pu-

[1] *Med. ration. system.* t. II, p. II, sect. II, cap. II, § XXI, p. 260.
[2] *Traité sur les Gastralgies*, etc., t. I, p. 371, 3e édit., Paris. 1829.
[3] F. Aug. Weber, *De causis et sign. morb.*, cap. XVII. p. 97.

berté, dans l'état puerpéral, à l'âge critique, on voit se reproduire souvent d'une manière plus ou moins prononcée, pour les moindres causes, ou même spontanément par le seul effet des conditions que ces circonstances introduisent dans l'organisme, quelques symptômes cardialgiques chez ceux qui ont été affectés de dyspepsies acescentes pendant un temps prolongé. Cette prédisposition aux récidives s'annonce souvent pendant des années aux époques que nous venons de signaler, par des anomalies toutes spéciales dans la susceptibilité des organes digestifs. Ainsi, tels aliments, telles boissons, telles influences hygiéniques, reproduisent des symptômes cardialgiques qu'elles n'occasionnaient pas avant la maladie antécédente. Ainsi, des personnes qui se nourrissaient, sans en être incommodées, de laitage, d'œufs, de bouillon et de potages, de certains légumes, de certains fruits, sont devenues sujettes à des accidents cardialgiques par l'usage de ces aliments, depuis qu'elles ont été atteintes de dyspepsies acescentes chroniques. Ainsi, l'air échauffé des lieux de réunion, l'influence de la musique, les travaux intellectuels prolongés, ne sont plus supportés sans que l'estomac ne s'affecte pendant des années après des cardialgies acescentes terminées.

2471. L'irritabilité exagérée du système nerveux, la détérioration de la nutrition, que la cardialgie prolongée a déterminées, ne cessent pas toujours, ou mieux ne cessent jamais rapidement après ces maladies. Ainsi, des personnes dont le système nerveux était peu irritable, dont la nutrition était puissante, conservent pendant des années, et quelquefois toute leur vie, une excessive susceptibilité nerveuse, un état de maigreur extrême, une décoloration de la peau, une aptitude à ressentir l'impression du froid, qui ne s'observaient pas chez elles avant des cardialgies chroniques dont elles ont été affectées. Ces suites de la maladie prouvent qu'elle exerce sur l'organisme

Effets des dyspepsies cardialgiques chroniques qui persistent après ces maladies.

une influence assez profonde pour détériorer pour longtemps et quelquefois pour toujours les grandes fonctions de l'économie.

Cet état morbide qui succède aux cardialgies et qui ne s'annonce plus que par un état de maigreur habituel, avec une grande irritabilité de l'estomac qui exige des précautions diététiques continuelles, et une susceptibilité constante du système nerveux qui rend les malades sujets à ressentir d'une manière exagérée toutes les impressions morales, constitue un état valétudinaire que les anciens ont bien connu. Galien le décrit sous le nom d'hectisie par sécheresse du ventricule [1]; c'est l'hectique gastrique d'Avicenne [2] et de Zacutus Lusitanus [3]. Cette suite des cardialgies se caractérise plus par les symptômes commémoratifs que par l'état morbide actuel. On remarque cependant toujours pendant sa durée que les fonctions de l'estomac et des intestins sont relativement plus faibles que les autres fonctions organiques, et que toutes les causes morbigènes agissent plus spécialement sur l'appareil gastro-intestinal.

De la terminaison funeste des dyspepsies acescentes chroniques.

2472. Les cardialgies chroniques se terminent très rarement par la mort sans l'intervention de maladies accessoires; on en connaît cependant des exemples dans lesquels on a vu la vie s'éteindre au dernier terme du marasme, de la faiblesse et de la débilité extrême des grandes fonctions organiques. Si ces cas de terminaison funeste sans autre affection morbide sont rares, il n'en est pas de même de ceux où la mort a été occasionnée par des maladies accessoires qui ont dû souvent leur production et presque toujours leur gravité et leur issue à l'état général introduit dans l'économie par la cardialgie chronique antécédente. Autant ceux qui sont affectés de ces maladies deviennent suscep-

[1] *Tabes ex siccitate ventriculi; Method. med.*, cap. IV.

[2] *Hectica ventriculi;* 13, 3, Tract. I, cap. XXIX.

[3] *Prax. admirab.;* lib. II, obs. VII.

tibles d'éprouver l'influence des causes productrices des maladies, autant les états pathologiques dus à ces causes sont disposés à prendre une marche fâcheuse par l'altération générale de toutes les grandes fonctions introduite par la prolongation de la dyspepsie cardialgique. On reconnaît alors l'influence fâcheuse des dyspepsies cardialgiques chroniques par la marche toujours lente, difficile, traversée par une multitude d'épiphénomènes, des maladies qui peuvent survenir pendant leur cours.

Indication des principales maladies qui doivent un plus haut degré de gravité aux dyspepsies cardialgiques pendant le cours desquelles elles surviennent.

2473. Parmi les maladies aiguës qui doivent aux cardialgies une gravité insolite, une marche plus rapidement fâcheuse et des terminaisons funestes, il faut surtout placer en première ligne les fièvres continues et surtout les typhus, les fièvres éruptives et principalement les érysipèles. Les périodes de ces maladies se succèdent lentement, les accidents inflammatoires locaux qu'elles provoquent sont toujours intenses, les phlegmasies suppurantes sont toujours faciles, chez ceux qui sont épuisés par des cardialgies chroniques. Parmi les maladies chroniques, les affections scrofuleuses, les cachexies tuberculeuses, les carcinomes, empruntent aux dyspepsies cardialgiques, qui s'exaspèrent encore pendant leur durée, une marche plus rapide et une propension à une issue funeste qui ne s'expliquent ni par la gravité, ni par l'étendue des lésions organiques qu'elles provoquent. Le grand nombre d'exemples qu'on peut recueillir en pratique, de maladies tuberculeuses des poumons chez des sujets affectés de dyspepsies acescentes chroniques, ne nous laisse pas de doute que ces maladies ne soient une cause puissante de la phthisie pulmonaire. Envisagées sous ce point de vue, les cardialgies chroniques peuvent être considérées comme des causes accessoires de la production et ensuite de la terminaison funeste de ces maladies.

### § III. *Des symptômes des dyspepsies cardialgiques ataxiques et hypochondriaques.*

2474. La doctrine que nous adoptons fait rentrer parmi les cardialgies aiguës et chroniques presque toutes les hypochondries (2371) et certaines formes de maladies hystériques. Nous ne séparons ces maladies des autres formes de dyspepsies cardialgiques qu'à cause de l'aspect particulier qu'elles doivent aux accidents nerveux qu'elles présentent, et de l'importance qu'ont ces accidents pour le diagnostic et aussi pour la thérapeutique rationnelle. L'affection primitive de l'appareil gastro-intestinal est toujours essentiellement identique pour toutes les cardialgies.

Définition des dyspepsies cardialgiques ataxiques et hypochondriaques

2475. Les dyspepsies cardialgiques ataxiques et hypochondriaques comprennent toutes les cardialgies dans lesquelles on observe comme symptômes dominants des accidents nerveux intenses où des désordres intellectuels qui se manifestent comme effet de l'affection de l'appareil digestif. Toutes ces cardialgies présentent pendant leur durée les symptômes de trouble des fonctions de l'appareil digestif des dyspepsies cardialgiques et cardio-entéralgiques aiguës (2385 *et* 2411), et spécialement des cardialgies chroniques (2434). Ces symptômes précèdent toujours d'un certain temps la manifestation des accidents nerveux ou vésaniques ; ils persistent et dominent jusqu'à la fin de la maladie.

Description de la dyspepsie hypochondriaque donnée par les anciens.

2476. La cardialgie mélancholique ou hypochondriaque est connue depuis les premières époques de l'art ; les plus anciens auteurs ont exactement indiqué ses symptômes et rapporté sa manifestation à l'affection de l'appareil digestif. Voici la description qu'en a tracée Dioclès de Caristhe, que Galien nous a conservée [1] :

« Il y a une troisième maladie qui siège dans l'estomac ; » les uns l'ont appelée maladie mélancholique, les autres » maladie flatulente. Après l'ingestion des aliments dont la

[1] *De Locis affectis*, lib. I, cap. x, edit. Basi., p. 278.

» coction est devenue difficile et pénible pour l'estomac, il » s'établit une excrétion de crachats liquides et abondants, » des éructations acides ou des flatuosités, un sentiment » d'ardeur à l'hypochondre. Bientôt, si les aliments sont » conservés, un bruit de fluctuation se produit; quelquefois » il survient de violentes douleurs à l'estomac, qui, chez » quelques uns, s'étendent jusqu'au dos. Ces accidents » cessent parfois lorsque la coction des aliments est » opérée pour recommencer après une nouvelle ingestion; » d'autres fois ils se produisent quand le malade est à » jeun; dans quelques cas ils reviennent même pendant » le repas. Il en est qui ont des vomissements et qui rejettent » des aliments cruds et des phlegmes amarescents, brûlants » et si acides que les dents en sont parfois agacées. La » plupart de ces maladies se produisent dès la plus tendre » jeunesse; dans tous ces cas elles se manifestent par les » mêmes symptômes. »

Cette description ne renferme que les symptômes immédiatement fournis par l'affection gastro-intestinale, elle peut s'appliquer aussi bien à la dyspepsie cardialgique chronique simple qu'à la cardialgie hypochondriaque; mais elle prouve que Dioclès considérait les accidents cardialgiques comme les principaux symptômes de la maladie mélancholique.

Cette description se retrouve presque dans les mêmes termes dans Paul d'Ægine et Oribase[1]; mais ces auteurs

[1] « La mélancholie, dit Paul d'Ægine, est un délire apyrétique qui provient, soit d'une maladie primitive du cerveau, soit d'une affection qui » atteint à la fois le cerveau et tout l'organisme. Mais il est une troisième » espèce de mélancholie qu'on appelle flatulente et hypochondriaque, c'est à » dire précordiale... Les signes communs sont la pusillanimité, la tristesse, » la haine des hommes : les uns se croient des animaux et imitent leur voix; » les autres se regardent comme des vases fragiles et craignent qu'un choc » ne les brise; quelques uns désirent la mort, d'autres la craignent; celui-ci rit toujours, celui-là verse des larmes. Il en est qui se croient sous l'influence de charmes qui les enchaînent et qui prédisent l'avenir, comme » inspirés par la divinité.... Ceux qui sont mélancholiques par suite d'une

sont plus explicites que Galien sur le rapport des symptômes mélancholiques proprement dits avec l'affection de l'estomac. Ils expriment que ces symptômes n'arrivent qu'après ceux qui sont fournis directement par le désordre gastro-intestinal et à une certaine intensité de l'affection du tube digestif.

**Symptômes nerveux qui distinguent les dyspepsies ataxiques et hypochondriaques.**

2477. Les symptômes nerveux qui distinguent les cardialgies ataxiques et hypochondriaques consistent en un état d'abattement extrême avec une irritabilité excessive de tout le système nerveux, principalement marqué par l'exagération des douleurs physiques et l'exaltation portée au plus haut degré des effets des impressions morales. Les malades tombent pour la moindre cause dans un état d'anxiété extrême; ils sont moroses, défiants, tristes, ils conçoivent et expriment des inquiétudes exagérées sur leur maladie; in-

» affection précordiale se plaignent de crudités gastriques; ils ont des éructations acides, de l'ardeur et de la pesanteur à l'estomac..... Quand ces symptômes deviennent intenses, les phénomènes de la mélancholie se déclarent. Tous ces accidents sont soulagés quand la coction des aliments s'établit, quand il survient des excrétions ou l'expulsion de flatuosités abondantes, ou des vomissements, ou des éructations. Chez aucun de ces malades, ou au moins chez un très petit nombre, les symptômes de mélancholie indiquent l'affection du cerveau. » (Pauli Ægineti, *de Re medica*, lib. III, cap. XIV, in *art. Med. princip op.*; Edent. Henrico Stephano, t. I, p. 425, Parisiis.)

Oribase est plus explicite encore que Paul d'Ægine dans l'exposition des symptômes propres à l'affection des voies digestives, considérée comme une des formes de la mélancholie. Après avoir indiqué la médication qui convient à la mélancholie par cause générale et par affection du cerveau, il dit: « Il y a une troisième espèce de mélancholie qui tire son origine de l'estomac. Plusieurs anciens l'ont appelée maladie hypochondriaque. Dans la mélancholie qui provient de l'affection précordiale, les symptômes se montrent d'abord du côté de l'estomac et s'accompagnent ensuite des accidents mélancholiques quand l'affection est devenue plus intense. Le malade est soulagé par l'accomplissement de la digestion et par les évacuations alvines, les vomissements et les éructations. Nons appelons cette maladie hypochondriaque flatulente et nous lui attribuons pour symptômes la tristesse et la terreur. » (Oribasii, *Synopseos ad Eustathium filium*, lib. VIII, cap. VII, in *art. Med. princip.*; Henrici Stephani, t. I, p. 122.)

génieux à multiplier leurs souffrances et leurs craintes, ils s'attachent à toutes leurs douleurs, à toutes les sensations qui partent du tube digestif, ou qui se produisent à la poitrine, à la tête ou dans les membres, pour y chercher une cause de péril imaginaire ; ils ne parlent que de leur maladie; ils se plaignent d'une angoisse, d'une constriction continue à la base de la poitrine, de difficulté de respirer, de pesanteur de tête. Ils ne dorment pas, ou leur sommeil est troublé par des rêves pénibles, le plus souvent en rapport avec les inquiétudes qu'ils conçoivent de leur état; ils ont souvent des vertiges, de la douleur de tête, des tintements d'oreilles, des spasmes des membres. Ils pleurent pour la moindre cause ou se laissent aller à une joie ou à des rires immodérés, mais passagers; ils ont des accès de colère pour des motifs futiles; ils sont attentifs à interpréter toutes les paroles et les regards des assistants, les investigations du médecin, pour y trouver des sources d'alarme sur l'issue de leur maladie. Ils se défient du diagnostic qu'on leur énonce ; ils perdent rapidement la confiance dans les conseils du médecin et dans les prescriptions qu'il leur fait, ou ils se créent de chimériques craintes sur leurs effets immédiats.

Tous ces accidents varient à l'infini pour leur siège et leur intensité, tantôt dans un court espace de temps, tantôt à des intervalles et par paroxysmes éloignés. « Il n'est, dit » F. Hoffmann, aucune partie du corps, aucune fonction » qui ne puisse s'affecter dans cette maladie [1]. »

2478. Tous ces symptômes se manifestent avec une intensité croissante ; d'abord fugaces et peu prononcés, ils s'aggravent de jour en jour avec la répétition et les exacerbations des symptômes cardialgiques. Au plus haut degré de la maladie toutes les facultés intellectuelles des malades sont affaiblies et uniquement concentrées à étudier et

[1] *Med. rat. syst.*, part. III, sect. I, cap. VI.

Manget exprimait la même observation en disant : *Signorum maximus est numerus ; vix enim ulla pars corporis est quæ vim hujus morbi effugit, præcæpue si morbus radices alte egerit.*

à exagérer les accidents qu'ils éprouvent; ils dissertent sur tous les moyens de traitement, ils en redoutent les effets au point de n'oser y recourir, ou de ne s'y abandonner qu'imparfaitement. Ils tombent enfin dans une sorte de démence, dans laquelle ils ont peu de mémoire; ils ne peuvent plus prendre aucune résolution, ils ne suivent le raisonnement que dans le sens des idées qu'ils se font de leur maladie qu'ils attribuent à des causes chimériques; ils deviennent étrangers à leurs affaires, aux affections de famille.

Le médecin consulté par ces malades ne peut obtenir d'eux que des renseignements inexacts presque toujours propres à l'induire en erreur. Ces renseignements portent cependant toujours sur quelques uns des accidents actuels ou passés qui sont plus ou moins directement liés à leur état de maladie. Les uns ne parlent que des palpitations qu'ils éprouvent, les autres de la céphalalgie, celui-ci de furoncles, d'érysipèles qu'il peut avoir éprouvés, celui-là de la constipation, cet autre de son extrême faiblesse, le plus souvent d'accidents réels, ordinairement exagérés, éprouvés par suite de médications, ou d'habitudes de régime, etc.

Symptômes de désordre des fonctions gastro-intestinales dans les hypochondries.

2479. Les symptômes de désordre des fonctions gastro-intestinales dans les cardialgies hypochondriaques présentent toutes les formes et toutes les variétés de forme qui peuvent se produire dans les autres dyspepsies cardialgiques. Ainsi l'on observe dans les hypochondries les cardialgies aiguës simples, alternant avec les cardialgies aiguës bilieuses et entéralgiques, le plus ordinairement ce sont les accidents de la dyspepsie cardialgique chronique qui se rencontrent, et ces accidents sont tantôt ceux des dyspepsies acescentes simples ou ceux des cardio-entéralgies chroniques. Ces formes changent sans régularité aux différentes périodes des hypochondries; toutefois les symptômes cardialgiques qui s'observent le plus souvent sont les nausées, l'irrégularité de l'appétit, l'anorexie, les éructations acides et amarescentes, les douleurs gravatives à l'épigastre s'étendant aux hypo-

chondres, les nausées, et souvent les vomissements pituiteux et bilieux, des palpitations épigastriques; la distension de l'abdomen par des gaz à l'épigastre, à la région ombilicale et vers les flancs; des coliques, des borborygmes, des flatuosités, de la constipation et des alternatives de constipation et de diarrhée, etc.

Symptômes généraux des dyspepsies cardialgiques chez les hypochondriaques.

2480. Tous les symptômes généraux des dyspepsies cardialgiques aiguës et chroniques se produisent dans les cardialgies hypochondriaques; ainsi, la faiblesse, le froid habituel des extrémités et même de tout le corps, l'amaigrissement, la décoloration et la paleur des téguments, les douleurs erratiques des membres et des parois du tronc, des alternatives de sueurs et de sécheresse de la peau, la diminution et même la suppression des règles, l'inertie des organes génitaux, etc.

Observation clinique sur une hypochondrie.

2481. Parmi les observations cliniques recueillies par les auteurs sur la cardialgie hypochondriaque, la suivante, que F. Hoffmann[1] nous a conservée, est une des plus propres à faire connaître la forme la plus habituelle de cette maladie.

« Un noble, âgé de trente-deux ans, d'un tempérament sanguin phlegmatique, d'une carnation lâche et spongieuse, avait été élevé d'une manière molle et avec trop de sollicitude. Il avait le ventre habituellement trop libre; il n'avait cependant jamais eu de maladies, lorsqu'il y a un an il se livra pendant quelques semaines à des excès de vin acide de Franconie. Il fut pris d'une diarrhée. Des poudres opiacées, administrées par prises d'heure en heure, diminuèrent le flux du ventre sans le supprimer tout à fait. Le malade fut alors pris des accidents de l'hypochondrie. Il éprouva de vives anxiétés épigastriques, des douleurs spasmodiques et flatulentes du bas-ventre, des borborygmes, des distensions abdominales, des dérangements de digestion, la langueur des forces, un sommeil inquiet, des perturbations intellectuelles qui allaient parfois jusqu'au délire. Plusieurs méde-

[1] *Med. ratio. syst.*, part. III, sect. I, cap. VI, obs. III.

cins consultés s'accordèrent à reconnaître la maladie hypochondriaque et la combattirent tantôt par les martiaux et les stomachiques chauds, tantôt par les médicaments volatils et aromatiques. Tous ces moyens furent sans résultat; le flux de ventre persista avec d'horribles douleurs, le malade avait des déjections mêlées d'une petite quantité de mucus qui irritaient l'anus. Cet accident se reproduisait cinq fois et même plus souvent chaque jour. Le malade avait en même temps des éructations d'un liquide très acide et presque corrosif; il avait de plus des coliques flatulentes, légèrement soulagées par des déjections de flatuosités. Ces accidents duraient depuis deux ans. On fit une saignée du pied, on donna des pilules de Bacher avec des sels apéritifs et absorbants; on administra des eaux acidules de Schwalbac : la maladie résista à tous ces moyens; le dernier produisit seul un soulagement qui ne fut pas de longue durée, le mal allait même en augmentant. L'appétit persistait, mais les aliments étaient rendus sans être digérés. Le malade avait des éructations d'un liquide irritant, corrosif comme de l'eau forte, avec une anxiétéextrême, de la phlogose et le refroidissement des extrémités. Ces accidents survenaient le matin comme après la coction des aliments; la bouche était sèche et il y avait de la soif. Vers le soir, pendant que les extremités étaient froides, le malade avait de la chaleur et de la sueur dans le dos. L'usage des martiaux exaspéra ces accidents, il en résulta une si grande difficulté de respirer avec froid des extrémités que le malade semblait le plus souvent près de suffoquer. F. Hoffmann remarquant une notable tuméfaction de l'anus, y fit appliquer des sangsues; il fit donner après l'ingestion des aliments son élixir viscéral[1], et après

[1] Cette liqueur tonique et alcaline est ainsi composée : Ecorces d'oranges récentes, ℥ ß ou 15 grammes; extrait d'absynthe, de gentiane rouge, de cascarille, de mirrhe, āā ʒ j ou 4 grammes; sous carbonate de potasse, ʒ iij ou 12 grammes; eau distillée de menthe poivrée, ℥ viij ou 250 grammes. La dose ordinaire est de quatre-vingt à cent gouttes par prise. F. Hoffmann faisait varier la composition de ce médicament en substituant à l'eau de menthe du vin du Rhin ou de Hongrie.

la digestion une poudre composée d'écorce de cascarille et d'os de seiche. Il prescrivit de plus d'administrer tous les deux jours des pilules antispasmodiques composées d'extrait de fleurs de millefeuille, de camomille, de sagapénum, d'opopanax, de mirrhe, de safran et de castoréum. Sous l'influence de ces moyens, continués pendant quelque temps avec un régime convenable, et l'usage des eaux de Schwalbac, la maladie éprouva une grande amélioration.

Cette maladie, qui fut attribuée par F. Hoffmann à l'inertie du tube digestif, a présenté les symptômes les plus tranchés de la cardio-entéralgie. Les symptômes hypochondriaques principalement caractérisés par la perturbation des fonctions intellectuelles portée jusqu'au délire, étaient subordonnés à l'affection gastro-intestinale ; c'est de cette dernière affection que F. Hoffmann se préoccupa uniquement dans la médication par laquelle il combattit la maladie avec succès.

Observation clinique sur une cardialgie hypochondriaque dans laquelle les accidents nerveux masquaient les accidents gastro-intestinaux.

2482. Lorsque la cardialgie hypochondriaque dure depuis longtemps, les symptômes généraux de détérioration des forces et de la nutrition, et les accidents nerveux et vésaniques ont quelquefois une si grande intensité qu'ils masquent presque entièrement les accidents de perturbation des fonctions digestives. Le diagnostic de la maladie et l'appréciation de ses phénomènes nécessaire pour établir la médication rationnelle convenable sont alors difficiles à déterminer. Voici un exemple de cette forme de la cardialgie hypochondriaque.

Une dame de vingt-neuf ans, d'une faible constitution, d'une irritabilité nerveuse excessive, nous consulta le 3 avril 1839. Née d'une mère morte phthisique, elle avait été vivement affectée dans l'année 1834 par la mort de son premier enfant qui périt à deux ans. Elle eut alors des accidents nerveux, et un état voisin de la manie aiguë. Devenue grosse, l'année suivante, elle eut une gestation très pénible à cause des vomissements et des

douleurs d'estomac qu'elle ne cessa d'éprouver; elle maigrit beaucoup ; l'accouchement fut très pénible par l'intensité des douleurs et par les accidents convulsifs qui s'y joignirent. Cinq à six jours après, cette dame fut prise d'une inflammation abdominale probablement métro-péritonitique, qui eût une grande intensité. Elle reçut alors les soins du docteur Baron, qui ne parvint à se rendre maître des accidents que par des émissions sanguines répétées. Cette maladie laissa cette dame dans un état d'extrême faiblesse entretenue par une diarrhée qui s'exaspérait dès qu'on voulait augmenter les aliments; après quatre à cinq mois de médication méthodique, la diarrhée se suspendit par intervalles; la malade reprit des forces, mais elle resta dans un état d'extrême maigreur entretenue par la difficulté de supporter les aliments les plus légers, sans qu'il se manifestât des douleurs d'estomac et des accidents comme d'indigestion. Découragée par la persistance de sa maladie, cette dame renonça aux soins de M. Baron, et se livra à des médications empiriques. Elle consulta des magnétiseurs et se confia aux médecins homœpathes; son état de maladie devint de plus en plus fâcheux. Elle était arrivée à l'état suivant quand nous la vîmes : le marasme était complet; la faiblesse était telle qu'elle ne pouvait aller que de son lit à son fauteuil, et encore en résultait-il souvent des défaillances; elle redoutait le séjour au lit parce qu'elle y tombait dans un demi-sommeil dans lequel elle était tourmentée par les visions les plus étranges. Presque toutes les nuits elle avait des réveils en sursaut, occasionnés par un état de cauchemar après lesquels elle tombait dans des accidents nerveux violents caractérisés surtout par des douleurs rongeantes dans l'abdomen, autour du nombril et à l'épigastre. Elle ne pouvait parler de sa maladie sans verser des larmes et sans manifester la prévision d'une mort prochaine; elle exprimait comme la plus vive de ses souffrances morales le sentiment d'une

concentration de toutes ses facultés sur son état de maladie qui la rendait indifférente à son enfant, à son mari et à toute sa famille. Elle disait qu'elle était tentée plusieurs fois par jour de se jeter par la fenêtre ; puis en exprimant cette pensée, elle s'exaltait jusqu'à l'enthousiasme sur le bonheur qu'elle éprouverait si son ame était séparée de son corps, dont la faiblesse et l'état de souffrance entravaient toute l'énergie de ses facultés. Elle répugnait à prendre des aliments parce que la digestion était toujours pénible et s'accompagnait d'une douleur obtuse à l'épigastre, qui était toujours suivie de cet état de somnolence dans lequel elle avait les visions les plus extravagantes et une douleur de tête qu'elle exprimait en disant qu'elle sentait comme si son cerveau, trop serré dans le crâne, allait faire explosion. Elle était habituellement constipée ; mais tous les trois ou quatre jours il survenait, ordinairement pendant la nuit, une distension extrême du ventre, avec des éructations gazeuses et des coliques suivies de deux ou trois selles très abondantes, liquides, bilieuses, entraînant quelques matières dures. Cette excrétion déterminait un état de faiblesse si grand que la malade ne pouvait quitter le lit le lendemain. Elle n'avait point de soif. Les aliments liquides et solides quelconques lui semblaient sans sapidité. Le sucre seul lui plaisait et elle en mangeait toute la journée; elle en prenait quelquefois jusqu'à un kilogramme par jour. La langue était large et nette. La salive était peu abondante. Les gencives étaient pâles ; le collet des dents incisives inférieures et supérieures était érodé par un sillon transversal qui pénétrait toute l'épaisseur de l'émail. La face était décolorée, les yeux excavés ; le regard vif et animé, devenait égaré au bout de quelques minutes de conversation. Le ventre était rétracté et l'on sentait des battements aortiques assez violents à l'épigastre. Le pouls était petit et serré. La peau était fraîche, sèche et comme écailleuse et ridée, surtout à la poitrine. Les règles n'avaient

point reparu depuis l'accouchement. Nous examinâmes avec la plus grande attention l'état de la poitrine, nous n'y reconnûmes aucune altération; nous constatâmes dans cette investigation que le bruit d'expansion vésiculaire était sec, évidemment exagéré dans toute l'étendue des deux poumons, comme nous l'avons souvent remarqué chez les sujets qui sont dans le marasme par toute autre cause qu'une affection thoracique. L'état du cœur ne nous offrit aucune apparence de maladie, ses systoles étaient brusques, courtes et faibles. L'utérus fut examiné et n'offrit aucune lésion qu'un flux leucorrhéique peu abondant. Le pouls ne s'élevait pas dans la nuit, mais la peau prenait une légère chaleur, les extrémités étaient froides, et la malade quoique couverte de laine, ne pouvait se réchauffer; deux jours après, elle eut dans la nuit une selle précédée et accompagnée de douleurs tormineuses. Son pouls était légèrement fébrile, elle avait des palpitations par les seuls mouvements dans le lit; elle avait une oppression extrême qui la forçait de tenir la position à demi assise dans le lit. L'épigastre était tendu et faiblement douloureux à la pression; cette douleur s'étendait sous les deux hypochondres. Les urines étaient aqueuses, abondantes; mais elles n'excédaient pas la quantité des boissons. Nous les fîmes conserver pendant plusieurs jours et nous les examinâmes avec soin, car notre première pensée avait été de soupçonner qu'il existait un diabète. Nous prescrivîmes l'administration de trois prises par jour de soixante centigrammes d'extrait sec de quinquina; nous conseillâmes la suspension de tous les aliments végétaux et liquides quelconques, sauf l'usage du lait d'ânesse, auquel nous fîmes ajouter une cuillerée à café d'eau distillée de menthe poivrée par tasse. Nous prescrivîmes l'administration d'une petite quantité de viande blanche rôtie et l'usage de l'eau de Vichy pour boisson. Sous l'influence de cette médication suivie pendant quinze jours, il ne se manifesta pas de changement. La malade prenait

les aliments avec une extrême répugnance ; elle redoutait toujours les coliques qui se reproduisaient avec des selles liquides tous les quatre ou cinq jours ; elle ne pouvait prendre sur elle de renoncer à l'usage du sucre, mais elle en mangait une moins grande quantité. Le 20 avril, l'état de la malade n'avait pas changé, le lait d'ânesse était bien supporté. Nous conseillâmes des demi-bains sulfureux, et après ces bains des frictions avec une brosse sur tout le corps. Ces bains furent bien supportés, les forces se relevaient, mais avec une extrême lenteur, l'état nerveux restait le même. Les évacuations diarrhéiques se reproduisaient toujours à trois ou quatre jours d'intervalle avec des douleurs tormineuses ; elles occasionnaient toujours une faiblesse excessive pendant les vingt-quatre heures suivantes. Nous fîmes supprimer le lait d'ânesse, et nous conseillâmes pour toute nourriture la viande grillée et rôtie prise sèche ; nous fîmes donner deux fois par jour une cuillerée à bouche d'infusion aqueuse de quassia amara faite à froid. Quatre à cinq jours après l'administration de ce nouveau régime, la malade eut une évacuation de matière solide, sans colique ; l'état nerveux s'améliora, cependant elle était toute la journée dans un état d'exaltation continue. Sa faiblesse quoique diminuant, était cependant telle, qu'elle ne pouvait encore marcher dans l'appartement. Nous insistâmes sur le régime, sur l'administration des bains sulfureux et sur les frictions sèches. Pendant sept à huit jours il n'y eut plus de sommeil, mais la malade n'avait plus de visions. L'appétit revenait peu à peu, l'ingestion des aliments provoquait une douleur gravative à l'épigastre, avec des éructations et quelquefois des nausées. Cet accident durait deux ou trois heures après chaque repas. Nous fîmes administrer avant chaque repas, avec la cuillerée d'injection de quassia, cinq gouttes de laudanum de Sydenham ; les douleurs épigastriques et les éructations qui succédaient aux repas diminuèrent ; les demi-lavements froids amenèrent

des selles peu abondantes tous les deux ou trois jours. Tous les trois ou quatre jours, il survenait encore quelques douleurs tormineuses qui ne donnaient issue qu'à des flatuosités. Un large emplâtre de thériaque fut maintenu sur l'abdomen. Les forces augmentèrent insensiblement, et la malade perdit tout à fait l'appétence des aliments sucrés. Les promenades en voiture furent conseillées. La malade pouvait se livrer à la lecture, mais au bout de quelques minutes elle avait sa céphalalgie constrictive et elle tombait dans un état d'exaltation avec une loquacité extrême. Cette exaltation était bientôt suivie de pleurs sur son état avec un découragement extrême. Nous substituâmes aux viandes grillées et rôties les viandes fumées maigres de bœuf et de porc; et nous prescrivîmes l'usage aux repas d'une infusion de houblon coupée avec l'eau de Vichy. A la fin de juillet, les forces étaient relevées à tel point que la malade faisait de longues promenades à pied. Elle n'éprouvait plus que par intervalles quelques douleurs à l'épigastre qui s'étendaient aux hypochondres et au dos, et un froid constant des extrémités, et une susceptibilité extrême au froid. Quand le temps devenait humide, elle avait une douleur céphalalgique et une faiblesse telle, qu'elle ne pouvait sortir; il survenait alors des coliques obtuses et quelquefois des selles à demi liquides qui occasionnaient toujours un sentiment extrême de faiblesse avec propension aux lipothymies. Nous fîmes supprimer l'administration du laudanum, et nous conseillâmes une immersion dans la rivière répétée tous les jours; ce moyen détermina une impossibilité de se réchauffer et un sentiment de débilité qui durait tout le jour; il fallut y renoncer. Nous engageâmes la malade à passer tout le milieu du jour au soleil dans un jardin. Les derniers accidents se dissipaient peu à peu et l'amaigrissement diminuait. La malade alla passer à la campagne les mois d'août et de septembre, elle y continua son régime; à son retour à Paris,

elle avait tout à fait repris l'aspect de la santé. Les règles ne reparurent qu'au mois de novembre ; elles furent d'abord très peu abondantes et fournissaient un sang décoloré. Le régime ne fut abandonné qu'au mois de décembre. Les aliments liquides, et surtout le bouillon étant difficilement digérés, furent toujours interdits. Au mois de février 1840, le rétablissement était complet ; la malade put alors reprendre la manière de vivre de l'état de santé. Elle n'a point éprouvé de rechute.

**Marche des accidents de la dyspepsie hypochondriaque.**

2483. La cardialgie hypochondriaque a une marche en général régulière. Son début est dans la plupart des cas marqué par les seuls symptômes de la dyspepsie cardialgique proprement dite. Ces symptômes persistent ainsi avec les formes variées des cardialgies acescentes simples, aiguës ou chroniques, ou des cardialgies et cardio-entéralgies bilieuses. Ce n'est qu'après plusieurs semaines, et le plus souvent même, qu'après deux ou trois mois de durée que les accidents nerveux de l'hypochondrie se manifestent avec une intensité progressivement croissante. Les symptômes cardialgiques, comme les accidents hypochondriaques, ont alors une marche chronique; ils ont presque toujours des exacerbations plus ou moins fréquentes reproduites irrégulièrement et quelquefois périodiquement. La marche paroxystique est surtout marquée pour les accidents nerveux vésaniques plutôt que pour les symptômes cardialgiques. Ces exacerbations atteignent parfois de temps en temps sans régularité, le plus souvent à l'occasion de causes accessoires, une telle intensité que le malade arrive au degré de la cardialgie aiguë violente. Ces exacerbations aiguës transforment souvent les symptômes dyspepsiques en ceux des cardialgies bilieuses, de la cardio-entéralgie et réciproquement. Elles diffèrent des exacerbations des dyspepsies cardialgiques simples par l'intensité des accidents nerveux vésaniques qui les accompagnent. Dans la plupart des cas, quelques épiphénomènes dyspepsiques plus ou

moins intenses arrivent dans ces exacerbations; ce sont le plus souvent des vomissements ou des coliques intenses.

Épiphénomènes des dyspepsies hypochondriaques.

2484. Les malades sont souvent affectés par accès pendant le cours des dyspepsies hypochondriaques de certains accidents nerveux qui revêtent des formes variables et qui acquièrent le plus ordinairement une intensité extrême. Ces accidents qui varient chez ces différents malades ont habituellement une forme toujours semblable chez les mêmes individus. Ce sont le plus souvent des palpitations, des syncopes, des accès de délire, des aberrations des fonctions des organes des sens, des suffocations comme celles des femmes hystériques, des spasmes du larynx d'où résultent soit une extinction de voix, soit des cris inarticulés, des douleurs céphalalgiques ou abdominales intenses, des mouvements spasmodiques des membres, des accès de priapisme, etc.

Observations cliniques sur des dyspepsies hypochondriaques avec épiphénomènes variés.

2485. Il serait impossible de réunir dans une description générale toutes les formes variables des accidents paroxystiques des cardialgies hypochondriaques. Le fait suivant, rapporté par F. Hoffmann, fera connaître à la fois une des formes le plus fréquemment observées de ces accidents nerveux, et l'opinion de ce grand praticien sur leur nature et leur origine.

« Un homme de vingt-sept ans, d'un tempérament bilieux mélancholique, tomba après des excès de vin et de tabac, et par suite de l'habitude de s'abandonner sans mesure à la colère, dans un état de maladie qui fut inutilement combattue pendant trois ans par différents moyens thérapeutiques actifs; les accidents duraient depuis quatre ans, quand F. Hoffmann fut consulté par un médecin qui observa les symptômes suivants. Le malade avait une douleur lancinante et tensive qui s'étendait du creux de l'estomac jusqu'à la mamelle et à l'épaule gauches, et s'accompagnait d'une gène de la respiration. Le pouls était égal et parfois intermittent; l'urine était ténue et citrine. L'admi-

nistration de carminatifs et de nervins interrompait le paroxysme qui se reproduisait dans le milieu de la nuit suivante. La région de la rate était le siège d'un sentiment comme de pression, immédiatement suivi d'un mouvement spasmodique vers le scrobicule du cœur et la mamelle gauche, qui s'étendait jusqu'au larynx et empêchait la respiration. Alors les yeux se voilaient comme d'un nuage ; il survenait de l'aliénation mentale, des tintements dans l'oreille gauche. Pendant tout ce paroxysme le pénis était en érection. Ces symptômes ne cessèrent qu'au bout de trois jours, après l'administration de médicaments absorbants et stomachiques nervins. F. Hoffmann attribua tous ces accidents à l'affection hypochondriaque, et leur assigna pour point de départ, l'affection de l'estomac; il prescrivit les moyens thérapeutiques propres à combattre la maladie hypochondriaque ; il insista surtout sur la nécessité pour le malade de renoncer à toutes les causes sous l'influence desquelles la maladie s'était produite, et particulièrement à l'usage du vin, du tabac ; il recommanda de fuir toutes les occasions de se mettre en colère. Trois mois après, F. Hoffmann fut informé que ce malade était devenu si irritable qu'il se mettait en colère presque tous les jours, qu'il s'abandonnait sans mesure à l'influence des impressions morales, et qu'enfin il était arrivé à éprouver une douleur de l'hypochondre gauche des plus intenses, avec des nausées, des vomissements, de l'anxiété précordiale, et qu'enfin il avait succombé à la consomption et à la fièvre hectique. L'ouverture de son cadavre fit reconnaître que l'estomac était revenu sur lui-même à un haut degré, et que ses tuniques étaient épaisses, indurées et infectées d'une matière putride [1].

La description de l'altération morbide trouvée dans l'estomac est trop imparfaite pour qu'on puisse déterminer

[1] F. Hoffmann; *Consulta et Responsa med.*, sect. III, cap. IV, in op. omni, t. IV, p. 160.

exactement la nature de l'affection des parois gastriques ; elle ne laisse cependant pas de doute sur l'existence d'une maladie du ventricule. Cette observation nous fournit ainsi un exemple des accidents nerveux les plus intenses provoqués par une maladie limitée à l'estomac.

La cardialgie hypochondriaque simple, indépendante de toute altération des tuniques du ventricule peut déterminer tous les accidents signalés par F. Hoffmann, comme nous l'avons observé sur un des sujets d'une des observations précédentes ; nous pourrions facilement rapporter d'autres faits semblables. Telle serait l'histoire de la cardialgie ataxique d'un homme de quarante-six ans, qui depuis quatre ans éprouvait presque tous les jours après son diner un spasme thoracique, qui commençait par des secousses de hocquet, presque immédiatement suivies d'une douleur thoracique semblable à celle qui aurait été provoquée par une forte compression du thorax, avec extinction de la faculté d'articuler les mots et un sentiment de strangulation des plus prononcés. Le plus ordinairement ces accidents cessaient au bout d'une à deux heures par une émission de gaz abondants par la bouche. Parfois l'état de lipothymie dans lequel tombait le malade pendant la durée de ces accidents, allait jusqu'à la syncope ; d'autres fois un froid général, comme un frisson violent, accompagnait l'accès qui se prolongeait pendant une grande partie de la nuit. Cet homme éprouvait presque continuellement une douleur cardialgique obtuse, des éructations acides et des coliques sourdes. Telle serait encore l'histoire d'une fille de vingt-cinq ans, affectée de dyspepsie cardialgique depuis trois ou quatre ans, que Broussais avait traitée pendant près d'une année par une médication indiquée par un état de gastrite chronique dont il la croyait affectée. Cette fille passait plusieurs heures par jour dans une sorte d'extase, dans laquelle elle tenait les discours les plus déraisonnables ; elle fut guérie de ces accidents par l'usage continué pen-

dant deux ou trois mois d'un régime tonique et stimulant, principalement formé de l'emploi des aliments animaux et de l'usage des boissons alcalines.

Les auteurs ont rapporté plusieurs faits semblables; Schmidtmann dit qu'il a vu plusieurs femmes douées d'une vive sensibilité qui avaient par suite de la cardialgie des accès de délire et de convulsions [1].

**Durée des dyspepsies hypochondriaques.**

2486. La dyspepsie hypochondriaque a presque toujours une longue durée, c'est toujours une maladie de plusieurs mois et quelquefois de plusieurs années. Elle ne présente pendant tout son cours ni toujours la même intensité, ni même ordinairement la même forme. Plus que toutes les autres maladies, elle subit dans les variations de son intensité et même dans les transformations de ses accidents, l'influence des variations des météores, des saisons et des climats. F. Hoffmann a fait remarquer que dans les saisons froides d'automne et d'hiver, l'intensité des accidents est constamment augmentée, tandis qu'ils s'atténuent dans les temps chauds et pendant l'été.

**Influence des affections intercurrentes sur les dyspepsies hypochondriaques**

2487. Toutes les indispositions intercurrentes exaspèrent d'ordinaire les accidents des dyspepsies hypochondriaques. L'apparition des règles ajoute habituellement à leur intensité; cette remarque n'est cependant pas sans exception. On voit des femmes affectées de ces maladies qui se trouvent soulagées pendant le flux menstruel lors même que le malaise et les douleurs utérines qui précèdent souvent le flux menstruel, ont déterminé pendant quelques jours une exacerbation de la maladie. Le flux hémorrhoïdal qui s'observe souvent chez les hypochondriaques, a d'ordinaire sur la maladie une influence analogue à celle de la menstruation; son imminence augmente les accidents, et détermine les exacerbations ou même la manifestation des symptômes entéralgiques, puis ensuite quand le flux hémorrhoïdal s'établit, les accidents diminuent non seulement au point de

[1] Schmidtmann; *Summa obs. med.*, etc.

faire cesser l'exacerbation que son imminence a déterminée, mais même jusqu'à suspendre temporairement les symptômes de l'hypochondrie qui existaient déjà avant cette exacerbation.

Influence des dyspepsies hypochondriaques sur l'opportunité des maladies régnantes.

2488. F. Hoffmann affirme que les hypochondriaques sont rarement pris de fièvres continues épidémiques et contagieuses, et même qu'ils sont habituellement exempts des maladies épidémiques régnantes; nous reproduisons cette assertion sur l'autorité de ce praticien [1]. Nous n'avons, pour la justifier que cette remarque générale que nous n'avons presque jamais observé de phlegmasies internes ou externes chez les hypochondriaques, lors même qu'ils s'exposent aux causes de ces maladies. Nous n'osons toutefois voir dans cette immunité, qui peut dépendre de circonstances fortuites, le résultat d'une loi générale.

Terminaison des dyspepsies hypochondriaques.

2489. Les cardialgies hypochondriaques se terminent souvent d'elles-mêmes, après une longue durée, sous l'influence de la succession des âges, comme les cardialgies chroniques (2468); elles se terminent rarement par la mort. La plupart des cas de terminaison funeste que les auteurs ont recueillis, se rapportent à des dyspepsies hypochondiaques, pendant le cours desquelles, ou peut-être par suite desquelles, il s'est manifesté des maladies organiques, et particulièrement des hétérosarcoses des viscères abdominaux. Toutefois, à en juger par le degré extrême de désordre de toutes les fonctions organiques qui peut se produire dans ces maladies, et dont on trouve un exemple dans la dernière observation que nous avons rapportée, il nous semble probable que la terminaison funeste est plus souvent qu'on ne le pense l'issue des cardialgies hypochondriaques d'une extrême intensité. Elle arrive moins à la vérité par les progrès successifs de la maladie des organes digestifs que par la débilité qui résulte de la continuité d'un régime mal entendu qu'on n'est presque jamais le maître de faire abandonner

[1] *Med. ratio. system.*, etc., p. III, sect. I, cap. V, § V.

aux hypochondriaques, ou par la répétition des accidents aigus gastro-intestinaux diacritiques ou inflammatoires provoqués par les essais des médications les plus déraisonnables auxquels ces malades ne cessent de se livrer.

### § IV. *Des symptômes principaux des dyspepsies acescentes ou cardialgiques isolément considérés.*

2490. Les formes particulières des dyspepsies acescentes ou cardialgiques sont déterminées par la prééminence de quelques uns des phénomènes habituels ou insolites de ces maladies. Cette prééminence est souvent si prononcée, que le symptôme auquel elle appartient peut modifier la forme de tous les accidents. Il en résulte des difficultés souvent très grandes pour établir le diagnostic, déterminer le pronostic et fixer la médication rationnelle qu'il convient d'adopter. Ces circonstances nous imposent l'obligation de décrire spécialement ces principaux phénomènes morbides; c'est d'ailleurs le seul moyen de faire connaître toutes les variétés de ces maladies dans les cas particuliers.

Nécessité de décrire spécialement les principaux symptômes des dyspepsies acescentes ou cardialgiques.

2491. Les principaux phénomènes des cardialgies, classés d'après leur plus grande fréquence, se rapportent :

Indication des principaux phénomènes des cardialgies.

(*A*) Aux douleurs gastro-intestinales;

(*B*) Aux altérations des fonctions digestives;

(*C*) Aux dérangements des principales sécrétions et excrétions;

(*D*) Aux accidents nerveux symptômatiques;

(*E*) A l'état général du malade;

(*F*) A l'association et à la succession des divers accidents des dyspepsies cardialgiques.

#### (*A*) Des douleurs gastro-intestinales dans les dyspepsies cardialgiques.

2492. La douleur gastrique et gastro-intestinale est le symptôme le plus constant dans toutes les cardialgies (2383, 2402, 2411, 2434); elle consiste, dans le plus grand nombre des cas, dans un sentiment de constriction et de pression à l'épigastre, sous l'extrémité du sternum et jusque vers l'om-

Caractères des douleurs gastriques et gastro-intestinales dans les cardialgies.

bilic, se propageant aux hypochondres, tantôt à gauche, tantôt à droite, tantôt à la fois sous l'un et l'autre hypochondre. Cette douleur s'étend souvent jusqu'à la région lombaire, et même jusque dans le dos[1]; elle remonte quelquefois sur la partie antérieure de l'un ou de l'autre côté de la poitrine, jusque vers la clavicule ; elle est toujours jointe à une vive anxiété[2], qui va même jusqu'à jeter les malades dans un état de syncope[3].

Rapports de l'intensité des douleurs avec les formes des dyspepsies cardialgiques.

2493. Dans les cardialgies aiguës, et spécialement dans celles qui ont le caractère de cardio-entéralgies (2411), de cardialgies bilieuses (2399); dans les paroxysmes de douleur des cardialgies chroniques, surtout dans celles qui se caractérisent aussi par des accidents de diacrise bilieuse (2456), la douleur atteint le plus ordinairement un si haut degré d'intensité que le malade ne peut garder la position verticale, ni rester couché; il est forcé de se tenir assis, fléchi en avant dans un état d'anxiété extrême, dans lequel il est essoufflé et ne respire qu'avec difficulté[4]. Tous les mouvements de la respiration retentissent à l'épigastre, et par conséquent au centre phrénique, et exaspèrent les souffrances du malade.

Variations dans l'intensité des douleurs gastriques.

2494. La douleur épigastrique varie beaucoup par son intensité non seulement chez les différents malades, mais encore chez le même sujet. Tel qui n'a le plus ordinaire-

[1] Piquer décrit ainsi cette douleur : *Dolet superius orificium ventriculi, modo in regione anteriori, quam scrobiculum cordis appellant; modo in posteriori, juxta ultimas dorsi vertebras; nec rarum est in utraque parte dolorem sentiri.*

[2] Ettmüller; *Op. om.*, t. II, p. I, p. 82.

[3] Sauvages, *Nosol. méth.*, t. III, part. I, clas. 7, ord. 4, § 20.

[4] Curt. Sprengel a décrit avec exactitude tous les caractères de cette douleur : *Nonnumquam dolor adeo ingravescit ut anhelitus et spirituum difficultas nascantur; æger cogatur antrorsum flecti et pronus sedere, pallescat et algescat, nervorum distensiones accedant et urina limpida sit aut intercipiatur, gula constringatur, musculi contremiscant et convellantur, cor palpitat et vehementer angatur æger, donec anima deficiatur.* (*Instit. med.; path. specialis*, t. II, lib. V, cap. V, § 467.)

ment qu'une douleur obtuse avec un sentiment de réplétion à l'estomac après l'ingestion des aliments, est pris par intervalles d'une douleur gastrique ou gastro-entéralgique rongeante, lancinante ou comme tormineuse. Cette exaspération des douleurs persiste quelquefois avec une intensité variable pendant plusieurs jours, pour disparaître ensuite et laisser le malade avec sa douleur obtuse habituelle, et même parfois avec une absence de douleurs pendant quelques jours, après lesquels cet accident se reproduit de nouveau. Ces variations de la douleur surviennent souvent sans cause appréciable; souvent aussi elles peuvent s'expliquer par l'ingestion de certains aliments, ou par des influences extérieures susceptibles de modifier l'irritabilité du malade, telles que les commotions morales par exemple. Des changements, même physiologiques, survenant dans l'organisation, changent habituellement le caractère et l'intensité des douleurs cardialgiques. Ainsi, le flux menstruel, la parturition, l'éruption des dents, exaspèrent dans la plupart des cas les douleurs d'estomac, ou bien déterminent un changement dans le caractère de ces douleurs, ou même les suspendent quelquefois.

**Marche des douleurs cardialgiques.**

2495. Les douleurs cardialgiques sont ordinairement intermittentes (2419, 2434, 2452, 2465, 2483); elles ne se reproduisent souvent qu'après l'ingestion des aliments, ou au moins elles sont presque toujours exaspérées pendant la digestion. L'exaspération ou le retour des douleurs n'arrivent pas également après tous les repas et à toutes les heures du jour, au moins dans la plupart des cas. Le plus souvent c'est après le repas du soir et pendant la première moitié de la nuit que ces douleurs sont le plus marquées. Chez quelques malades, mais c'est chez le plus petit nombre, les douleurs ne viennent que pendant la vacuité de l'estomac, et sont calmées après le repas [1]. Il est rare que

[1] On lit dans les Mémoires de la Société des Sciences, Arts et Agriculture de Lille, pour les années 1827 et 1828, une observation sur une cardialgie

cette suspension des douleurs par l'ingestion des aliments soit permanente, presque tous ceux chez lesquels elle se remarque ont par intervalles des douleurs cardialgiques plus ou moins vives pendant la digestion de certains aliments, ou à certaines époques, ou par l'usage continu d'aliments déterminés.

Influence de la pression sur les douleurs cardialgiques.

2496. Ceux qui ont des dyspepsies cardialgiques ont en général une vive sensibilité de l'épigastre, portée chez beaucoup d'entre eux au point que l'exploration par le palper est impossible, à cause de la douleur qu'elle provoque, même pendant l'intermission des douleurs spontanées.

La douleur cardialgique est presque toujours augmentée par la pression sur l'abdomen, surtout pendant la digestion ; il suffit souvent pour la provoquer de la gêne que les vêtements apportent au gonflement plus ou moins prononcé que subit la partie supérieure du ventre après les repas. Ce phénomène s'observe surtout dans les cardialgies hypochondriaques.

2497. On a déduit des caractères de la douleur cardialgique des dénominations par lesquelles on a décrit à part et comme des maladies isolées des affections qui ne sont réellement que des formes des dyspepsies cardialgiques (2370) : telles sont les affections désignées sous les noms de *pyrosis*, de *soda* et de *crampes d'estomac* ou de *gastrodynies*, de *défaillances d'estomac*.

Du *soda* ou du *pyrosis*.

2498. Le *soda* ou le *pyrosis* est un sentiment de brûlure et d'ardeur qui part de l'estomac et remonte sur le trajet de l'œsophage jusqu'à la gorge. Cette douleur est le plus souvent accompagnée d'éructations acides ou de la présence dans la bouche d'une grande quantité de salive visqueuse comme poivrée ou acide, que les malades rejettent par

qui affectait depuis cinq ans une dame dont les douleurs d'estomac cessaient immédiatement après le repas, pour revenir au bout de quelques heures et augmenter pendant la nuit.

expuition[1]. Souvent, comme l'a remarqué Sprengel, la douleur du pyrosis est suivie et terminée par des vomissements de phlegmes acides [2].

Le pyrosis s'observe le plus souvent dans les cardialgies aiguës, il est plus rare dans les dyspepsies acescentes chroniques. Klein le regarde comme un des symptômes les plus fréquents des cardialgies hypochondriaques. Le pyrosis survient le plus souvent le matin pendant la vacuité de l'estomac. Il n'est cependant pas très rare de le voir se manifester pendant la digestion, surtout lorsqu'elle s'exerce sur des aliments gras, huileux ou acides. Le plus souvent ce sentiment douloureux ne se perçoit qu'après l'ingestion de certains aliments.

**Sentiment douloureux de froid à l'estomac perçu dans certaines dyspepsies cardialgiques.**

2499. Dans quelques cas rares de dyspepsies acescentes chroniques, et surtout dans des cardialgies hypochondriaques, les malades éprouvent à l'estomac, surtout à jeun, un sentiment de froid qui part de la région précordiale et se répand profondément vers les lombes, ou remonte dans la poitrine et s'accompagne d'un sentiment de défaillance et d'oppression. Lentilius a rapporté[3] un fait dont ce sentiment de froid à l'estomac était le symptôme dominant. W. Trnka a emprunté à un recueil d'observations médicales l'histoire d'une dame de trente ans qui était prise, toutes les fois qu'elle mangeait des fraises, d'une douleur pongitive à la langue et aux lèvres, avec un sentiment interne de froid à l'estomac, semblable à celui qu'aurait occasionné l'ingestion de la glace. Les lèvres, le nez et les oreilles se tuméfiaient ensuite au point d'acquérir un vo-

[1] « *Quem soda vexat ei videtur halitus urens e ventriculo ad fauces ascendere, ardorem, anxietatem, sitim, anorexiam, fastidium et ructum sive acidum sive nidorosum amarum, ac tenuioris lymphæ expuitionem interdumque etiam vomitum creans cum levi œsophagi astrictione.* » (F. A. Weber, *De sign. et caus. morb.*, cap. XVII, p. 98.)

[2] *Institut. Med. path. specia.*; t. II, lib. V, cap. V, p. 467.

[3] *Miscell. med. pract.*, p. I, p. 291.

lume double de leur volume normal [3]. Nous avons vu une malade qui éprouvait le sentiment de froid à l'estomac quand elle mangeait des pêches et des raisins, et qui avait habituellement des douleurs cardialgiques du soda pendant la digestion des autres aliments, et spécialement du bouillon et des liqueurs féculentes.

Des *crampes d'estomac* et de la *gastrodynie*.

2500. Les *crampes d'estomac* et la *gastrodynie* ont été aussi décrites sous le nom de *névralgies cardiaques*. Ces douleurs épigastriques consistent dans la manifestation d'une douleur dilacérante à l'épigastre ou sous l'hypochondre droit, portée jusqu'au point de briser les forces et de provoquer la lipothymie. Elles surviennent également dans les cardialgies aiguës et dans les dyspepsies cardialgiques chroniques et hypochondriaques. Elles se manifestent par intervalles, également pendant la digestion et dans l'état de vacuité de l'estomac, mais plus souvent dans cette dernière condition. Dans tous les cas où nous avons observé la gastrodynie, elle était jointe à de fréquentes éructations, à des nausées et quelquefois à des vomissements muqueux ou acides. Il n'est pas rare de voir ce symptôme ne survenir qu'après une constipation opiniâtre durant depuis une ou deux semaines.

*Des défaillances d'estomac.*

2501. *Les défaillances d'estomac* consistent dans un sentiment comme de vide à l'épigastre avec pâleur de la face, malaise, froid général et brisement des forces. Il n'est pas rare que ce symptôme soit suivi de lipothymie et d'une douleur générale de courbature. Les défaillances d'estomac arrivent avant comme après le repas, mais le plus souvent à jeun ; elles surviennent également chez des malades qui éprouvent les autres formes des douleurs gastriques. On les voit rarement dans les dyspepsies cardialgiques aiguës, mais elles se remarquent surtout dans les cardialgies chroniques, et dans les cardialgies hypochondriaques.

[1] W. Trnka, *Hist. cardialgiæ;* p. 1, § 13, p. 34 ; *Ex medicinische anecdot.*, 2 th., n° 235.

M. Barras a signalé ces symptômes et en a rapporté des exemples [1].

2502. Des douleurs de coliques se manifestent souvent par intervalles pendant le cours des cardialgies chroniques et des cardialgies hypochondriaques, par suite de l'accumulation de matières fécales dans les intestins, quand la constipation est opiniâtre (2388, 2458). Ces douleurs tormineuses sont souvent accompagnées de tension et de rénitence de l'abdomen, particulièrement vers les flancs ; dans le plus grand nombre des cas, l'établissement des évacuations alvines les soulage immédiatement; mais ces évacuations ne surviennent souvent qu'après deux ou trois jours de durée de ces douleurs, qui se reproduisent par intervalles, en devenant de plus en plus intenses à mesure que le moment des évacuations approche. Ces douleurs tormineuses sont toujours accompagnées d'une augmentation d'intensité des douleurs épigastriques ; elles provoquent le plus ordinairement des nausées et quelquefois des vomissements ; elles brisent les forces des malades, et les jettent dans un état d'exténuation et de lipothymie des plus pénibles (2536).

**Des douleurs tormineuses provoquées par l'accumulation des fèces dans les intestins.**

Dans quelques cas assez rares, les matières fécales durcies et accumulées dans les gros intestins ne sont pas expulsées à la suite des douleurs tormineuses, leur présence ne cesse pas d'être reconnue à l'exploration au travers des parois de l'abdomen. Il se manifeste alors des évacuations liquides qui se frayent un passage au travers ou sur le côté des masses de fèces accumulées qui restent stagnantes dans le tube digestif (2534). Les douleurs tormineuses ne sont point dans ces cas soulagées par ces évacuations alvines

2503. Les douleurs intestinales sont le symptôme dominant des cardio-entéralgies (2410) ; ces douleurs sont très variables par leur siège et par leurs caractères, Schmidtmann a exactement décrit leurs formes variées. « C'est tantôt » une douleur sourde, faible, qui ne consiste qu'en un senti-

**Description des douleurs intestinales cardio-entéralgiques.**

[1] *Traité sur les Gastralgies, etc.*, t. II, p. 62, obs. XV.

» ment pénible ; tantôt c'est une douleur déchirante, lan-
» cinante, térébrante, pongitive, agaçante, tormineuse
» et brûlante, à laquelle ne résiste pas le courage le plus
» opiniâtre. Tantôt ces douleurs sont fixes et permanentes,
» n'occupant qu'un seul point ; tantôt elles sont erratiques
» et parcourent tout le ventre, descendant des parties su-
» périeures à l'extrémité inférieure des intestins ou remon-
» tant de leur partie inférieure jusqu'aux supérieures. Quel-
» quefois elles persistent continuellement sans relâche ;
» d'autres fois elles ont des rémissions ou des intermissions,
» et elles ne reviennent qu'après des intervalles durant
» lesquels elles semblent laisser au malade quelque temps
» pour se remettre. Pendant ce temps, le ventre tantôt se
» tuméfie et se météorise comme dans la tympanite ; tan-
» tôt se contracte et se déprime spasmodiquement comme
» s'il était resserré violemment dans un espace plus étroit
» vers le rachis[1]. »

Dans les paroxysmes entéralgiques, les malades rendent habituellement des flatuosités par haut et par bas ou se sentent comme gonflés par des gaz, et tourmentés du besoin d'en excréter et d'efforts infructueux pour y parvenir. Dans les violents paroxysmes entéralgiques les urines sont souvent supprimées et les malades n'en rendent qu'avec difficulté et en petite quantité.

Les douleurs intestinales sont quelquefois accompagnées de nausées et de vomissements glaireux ou bilieux ; elles sont souvent suivies de selles liquides très peu abondantes, muqueuses, bilieuses, et quelquefois en partie formées de matières fécales mal élaborées, toujours rendues avec difficulté. Ces excrétions sont alors suivies d'une prostration extrême des forces qui jette les malades dans un état voisin de la lipothymie.

Les douleurs entéralgiques tormineuses sont rarement exaspérées par la pression du ventre, quelquefois même

[1] *Summa obs., etc.*, t. IV, p. 378.

elles sont interrompues par cette manœuvre qui détermine la sortie de flatuosités par l'anus et par la partie supérieure du tube digestif.

Marche des douleurs entéralgiques.

2504. Les douleurs entéralgiques sont rarement continues ; elles se manifestent le plus souvent par paroxysmes deux ou trois heures au moins après l'ingestion des aliments : si quelque sentiment pénible persiste dans l'intervalle de ces paroxysmes, c'est une douleur fixe, obtuse, qui occupe le plus souvent la région du flanc gauche. Cette douleur devient, quand les paroxysmes se produisent, comme le point de départ de douleurs plus vives qui semblent provoquées comme par une torsion des intestins ; ces douleurs tormineuses remontent dans la plupart des cas, suivant les flexuosités du colon vers l'hypochondre gauche ; de là elles s'étendent à droite jusqu'au siège de la vésicule du fiel et descendent jusqu'à la fosse iliaque droite à la région cœcale [1].

Rapports des douleurs intestinales avec les différentes formes des dyspepsies cardialgiques.

2505. Les douleurs intestinales vives ne se produisent le plus souvent que comme des accidents passagers des cardialgies chroniques (2457, 2466), et surtout des cardialgies hypochondriaques et hystériques (2479) ; on ne les observe habituellement dans ces dyspepsies, sous forme permanente, qu'avec le caractère d'une douleur obtuse. L'exaspération de cette douleur et sa conversion en paroxysmes de douleurs tormineuses intenses, sont souvent provoquées par la digestion des aliments végétaux, ordinairement accompagnée du dégagement de flatuosités abondantes qui distendent le tube digestif [2]. Dans ces cas, les malades éprouvent souvent en même temps que les douleurs tormineuses, et surtout dans les courts intervalles qui les séparent, un sentiment de mouvement comme péristaltique plus ou moins irrégulier du tube digestif.

Des douleurs intestinales tor-

2506. Les douleurs intestinales sont un des symptômes les

[1] Hollerius ; *De morb. internis,* cap. XXXIX.

[2] Schmidtmann ; *Summa obs., etc.*, t. IV, p. 478.

mineuses dans la cardio-entéralgie des enfants.

plus prononcés et les plus graves des cardio-entéralgies des enfants (2416). Elles sont le symptôme dominant des cardio-entéralgies aiguës si dangereuses dans le premier âge de la vie par la violence des accidents convulsifs qu'elles provoquent. On ne peut s'assurer de la présence de ces douleurs abdominales tormineuses que par les symptômes fournis par l'attitude, par le facies, par les mouvements des malades et par les phénomènes anormaux de l'accomplissement des fonctions digestives. Lorsque l'on voit l'enfant s'agiter et exécuter des mouvements de torsion du corps, si l'on observe que sa face pâlit et se crispe, que les yeux s'excavent, que les lèvres tremblent et se tirent en dehors ou se contractent, que le ventre se tend, ou présente des alternatives de tension et de mollesse, ou encore qu'il se produit à la surface de l'abdomen comme des bosselures qui se déplacent, si en même temps l'on entend des borborygmes, si surtout l'enfant a des nausées et même des vomissements, s'il rend fréquemment des flatuosités, et par intervalles des selles liquides et bilieuses, ou muqueuses peu abondantes; on ne peut douter que les cris qu'il pousse ne soient l'expression des douleurs qu'il éprouve dans l'abdomen. Si ces douleurs se reproduisent fréquemment, et si elles atteignent une grande intensité, le petit malade peut être pris d'accidents spasmodiques qui arrivent au plus haut degré jusqu'à constituer une véritable éclampsie [1].

Chez les enfants plus avancés en âge, les symptômes entéralgiques sont les mêmes, mais leur présence est plus facilement reconnue parce que le malade exprime le sentiment de douleur qu'il éprouve.

Des palpitations épigastriques et de la douleur pulsative qu'elles produisent.

2507. Parmi les phénomènes morbides qui se produisent à l'épigastre chez des malades affectés de dyspepsie cardialgique, l'un des plus fréquents est la présence et la sensation d'un battement insolite isochrone aux diastoles arté-

[1] F. Hoffmann, *Med. rat. syst.*, t. I, p. I, cap. II, p. 163, § XVIII.

rielles perçu profondément dans le ventre dans l'intervalle de l'appendix xyphoïde à la cicatrice ombilicale. Ce phénomène morbide ne se produit que rarement dans les dyspepsies acescentes aiguës; il est fréquent dans les dyspepsies chroniques et hypochondriaques, et il s'exaspère toujours par le séjour des aliments dans l'estomac; chez d'autres, surtout dans la cardialgie hypochondriaque, les battements épigastriques ne sont perçus par les malades que dans les exacerbations des douleurs gastriques ou gastro-intestinales.

Ces palpitations épigastriques sont quelquefois apercevables à l'œil par les soulèvements alternatifs de la partie supérieure du ventre, isochrones aux diastoles de l'aorte descendante; lorsqu'elles n'arrivent pas à ce degré, elles sont toujours facilement reconnues au palper des parois abdominales. Dans tous ces cas, et lors même que le phénomène est moins prononcé, les malades le reconnaissent par la pulsation douloureuse qu'ils éprouvent (2455).

Opinions des auteurs sur la cause et la nature des battements épigastriques.

2508. Les palpitations épigastriques ont été signalées par Hippocrate comme un prodrome du délire maniaque [1] et comme un symptôme de mauvais présage des douleurs d'estomac sans fièvre [2]. On trouve dans le livre VII des *Épidémies*, l'histoire du fils d'Eratolaieus, qui présenta ce symptôme pendant le cours d'une entérite dysentérique dont les accidents furent des plus tranchés. Vallésius, à l'occasion de ce cas, signale les palpitations épigastriques comme un symptôme d'inflammation abdominale [3] dans les maladies aiguës, et comme un symptôme de dégénération cancéreuse des organes épigastriques avec amaigris-

[1] *Pulsus in hypochondrio cum perturbatione dementiæ est; magisque si oculi crebro moventur.* » (*Coacæ prænot. Comment. Dureto; de Hypochondriis*, nº 12.)

[2] « *Stomachi dolor et pulsus hypochondriorum, febre extincta, malum denunciant; idque cum alias, tum in sudationcula.* » (*Coacæ prænot.*, ibid. nº 13.)

[3] *Comment. in lib. Hipp. de morbis vulgaribus*, p. 784.

sement considérable. Prosper Martian, commentant la même observation, ne voit dans ces battements perçus à l'épigastre que l'effet de l'amaigrissement qui diminue l'épaisseur des parties interposées, et permet de constater facilement les battements aortiques [1]. Berengari avait émis un siècle auparavant la même opinion [2]. Albertini a plusieurs fois refusé d'admettre l'existence de dilatations de l'aorte et du tronc céliaque, sur la seule présence de violentes pulsations de ces artères perçues à l'exploration de l'abdomen, et l'évènement a confirmé son diagnostic [3]. Burggrav rapporte qu'il attribua à la présence d'un anévrysme, surtout à cause de leur longue durée, les pulsations qu'un malade avait depuis trente-quatre ans, de l'appendix xyphoïde jusqu'à l'ombilic, avec une si grande intensité que les battements artériels étaient quelquefois perçus à la vue par ceux qui entouraient le malade; la rapidité avec laquelle cet accident disparut par une médication altérante, démontra l'erreur de son diagnostic [4]. Morgagni a recueilli une observation sur une fille hystérique chez laquelle il constata à l'épigastre la présence d'une tumeur sur laquelle il percevait des pulsations fortes et irrégulières, comme celles qu'aurait déterminée une tumeur anévrysmatique; la disparition de ce symptôme en deux jours par une émission sanguine, justifia le diagnostic qu'il avait porté en ne considérant les battements épigastriques que comme un accident hystérique [5]. Laennec avoue qu'il n'a pas toujours évité cette erreur de diagnostic; lorsque des praticiens d'une aussi grande sagacité l'ont commise, on ne peut être surpris de la voir se reproduire si souvent dans la pratique.

Schmidtmann dit qu'au premier aspect on est porté à

[1] *Annot. advers.* LV. sect. II, *Coacœ prœnot.*, n° 3.

[2] *Comment.* IX. *sup. anat. Mundini,* 1522.

[3] *Comment. Bonon, soc. acad.*, t. I, in opusc.

[4] *Act. nat. curio.*, t. VI, obs. 131.

[5] *De causis et sign. morb. per anat. ind.*, Epist. VXXIX, art. 18.

attribuer ces palpitations épigastriques des hypochondriaques et les hystériques à la présence d'un anévrysme; mais qu'on évite cette erreur en remarquant que ces battements ne sont point isochrones à ceux du cœur et des autres artères [1]. M. Barras fait observer avec raison, sur ce passage de Schmidtmann, qu'il peut arriver, en effet, que les malades affectés de cardialgies hypochondriaques éprouvent des frémissements et des oscillations fibrillaires à l'épigastre, qui se rapportent comme l'a remarqué Allan Burns, à des mouvements spasmodiques du diaphragme, mais que lorsque les malades ont de véritables battements, les pulsations épigastriques sont isochrones avec les systoles du cœur et les diastoles des grosses artères [2]. Il est impossible de confondre ces battements évidemment produits par l'aorte avec les secousses spasmodiques que l'on observe quelquefois à l'épigastre des hypochondriaques par suite des mouvements spasmodiques du diaphragme. Ces spasmes épigastriques sont irréguliers, et quelle que soit leur fréquence, elle n'est jamais égale à celle des systoles du cœur; leur manifestation se rapporte aux mouvements expirateurs et inspirateurs.

Circonstances favorables à la production des palpitations épigastriques chez ceux qui sont affectés de cardialgie.

2509. Les palpitations épigastriques surviennent quelquefois dans les dyspepsies cardialgiques lorsque l'amaigrissement n'est pas considérable, et lorsque les organes épigastriques présentent la rénitence et le développement qu'ils ont dans l'état de santé ou même lorsque l'estomac acquiert une rénitence et un développemcnt insolites par la présence des gaz qui le distendent. Dans ces cas là, qui se présentent rarement dans les cardialgies aiguës, mais qui sont plus fréquents dans les cardialgies chroniques, et surtout dans les cardialgies hypochondriaques, la manifestation des battements épigastriques coïncide toujours avec une grande force des systoles du cœur et fréquemment avec des

[1] *Summa obs.*, vol. III, p. 245.

[2] *Traité sur les Gastralgies*, t. II, p. 214.

palpitations réelles du cœur, et revient par paroxysmes comme les battements précipités et tumultueux du cœur eux-mêmes. Ce symptôme douloureux ou au moins incommode, dont les malades se préoccupent beaucoup, n'est en réalité qu'un effet de l'exagération de l'irritabilité des organes digestifs, par suite de laquelle ils perçoivent avec plus de force que dans l'état normal, l'impression du soulèvement diastolique que l'aorte transmet aux parties susjacentes.

Chez ceux qui ont des cardialgies chroniques hypochondriaques qui sont dans un état d'émaciation considérable, les organes digestifs et la paroi abdominale correspondante sont ordinairement rétractés sur le rachis. Les battements aortiques doivent à cette disposition morbide de se transmettre avec plus de force jusqu'aux parties extérieures. Ils sont sentis avec facilité à l'exploration épigastrique, surtout sur des femmes qui ont une cambrure prononcée du rachis. Ces battements aortiques alors perçus comme phénomènes continus par le médecin, ne le sont souvent par les malades que lorsque des palpitations du cœur surviennent et augmentent la force des diastoles artérielles, ou bien pendant la digestion ou dans les paroxysmes des douleurs d'estomac. Dans ces différentes circonstances, l'irritabilité de l'estomac fait percevoir au malade avec exagération toutes les impressions mécaniques que peut ressentir cet organe. C'est là la condition la plus habituelle de la production des pulsations épigastriques douloureuses dans ces maladies. Elles sont toujours isochrones aux systoles du cœur, mais elles ne le sont pas aux battements du pouls à l'artère radiale, parce que les diastoles des artères éloignées du cœur ne se font sentir qu'après celles du cœur et des grosses artères centrales. La force exagérée des battements aortiques qui soulèvent médiatement les parois abdominales peut souvent, dans ces cas, s'apprécier à la vue. L'isochronisme avec les systoles

du cœur se constate facilement par l'application de la main sur l'épigastre et à la région précordiale, il se décèle même par les irrégularités que les battements du cœur présentent souvent dans ces cas qui se retrouvent dans les battements aortiques à l'épigastre.

2510. Les battements épigastriques se rencontrent dans différentes maladies des organes digestifs, et surtout dans les cas de tumeurs carcinomateuses de l'estomac, ou lorsque des tumeurs occupent le pancréas et les ganglions lymphatiques ou même le tissu cellulaire sous-péritonéal de l'arrière cavité des épiploons. Dans ces cas-là, la tumeur transmet à la région épigastrique les battements artériels et les bruits anomaux qu'on perçoit à l'auscultation sur le trajet de l'aorte montrent souvent que cette artère est comprimée à un certain degré. Ces bruits de frottement qui sont bien plus prononcés lorsque ces battements sont dus à une maladie du tube artériel, ne se trouvent pas dans les battements qui surviennent à ceux qui sont affectés de dyspepsies cardialgiques chroniques ou hypochondriaques.

(*B*) Des altérations des fonctions digestives dans les dyspepsies cardialgiques.

Des différente alterations des fonctions digestives dans les dyspepsies cardialgiques.

2511. Les altérations des fonctions digestives dans les dyspepsies cardialgiques se montrent par des phénomènes insolites qui se rattachent à tous les actes qui concourent à l'accomplissement de ces fonctions ; ainsi ces phénomènes sont des altérations de l'appétit, du goût ou des actes accomplis par le pharynx, par l'œsophage, par l'estomac et par le tube digestif.

De la répugnance pour les aliments et les boissons dans les dyspepsies cardialgiques.

2512. La répugnance à prendre des aliments et des boissons se rencontre quelquefois chez les cardialgiques, surtout dans les cas où les douleurs se reproduisent pendant la digestion ; on l'observe souvent chez les hypochondriaques : elle provient ordinairement de la crainte des douleurs et de l'habitude de résister au désir des aliments et des boissons.

De l'anorexie dans les dyspepsies cardialgiques.

2513. L'anorexie est un symptôme fréquent des dyspepsies cardialgiques (2387, 2434). Lorsqu'elle est complète, elle consiste dans une extinction entière de l'appétence pour les aliments ou les boissons. Sous cette forme, dans laquelle les malades n'éprouvent aucune perversion du goût et reconnaissent aux aliments et aux boissons leur saveur habituelle, l'anorexie ne se rencontre que rarement dans les dyspepsies cardialgiques; elle ne survient que dans les paroxysmes de récrudescence des douleurs; elle précédait ces paroxysmes d'un à deux jours chez une fille affectée de cardialgie chronique qui présentait souvent des douleurs tormineuses. C'est surtout dans les cardialgies chroniques et hypochondriaques que l'anorexie se montre; elle est constante dans les paroxysmes de cardialgies et de cardio-entéralgies qui ont pour symptômes dominants les nausées ou les vomissements.

L'anorexie survient pendant le repas chez un assez grand nombre de cardialgiques; elle est alors l'effet de la satiété provoquée rapidement par l'ingestion des premiers aliments, lors même que les malades s'y sont livrés avec un appétit prononcé (2525).

L'anorexie ne porte quelquefois, et c'est même sous cette forme qu'elle se montre le plus souvent, que sur certains aliments et certaines boissons. Ainsi des malades ont une répugnance extrême pour les aliments sucrés ou pour tous les aliments tirés du règne animal; d'autres ont une grande répugnance pour les boissons; cette répugnance est même portée dans quelques cas jusqu'à se montrer comme une sorte d'hydrophobie, comme cela arrivait à un malade de Louyer-Villermay affecté de cardialgie hypochondriaque [1].

De la *boulimie* dans les dyspepsies acescentes.

2514. Le trouble des fonctions du tube digestif s'annonce quelquefois par un symptôme tout opposé à l'anorexie; l'appétit et la faim sont si impérieux, que si les malades n'y

[1] *Traité des vapeurs ou maladies nerveuses*, t. I, p. 384, Paris, 1816.

obéissent, ils tombent dans un état de défaillance ; ou bien le besoin impérieux de manger se reproduit à des intervalles si rapprochés, que les malades sont forcés d'y céder plusieurs fois par jour hors des heures des repas, et ne peuvent même se rassasier que par des quantités insolites d'aliments ou par des aliments grossiers de digestion difficile. Ce symptôme, qui constitue *la boulimie*, n'est pas nécessairement lié à une grande activité des fonctions digestives. Quelques malades digèrent facilement et sans en ressentir d'incommodité ces aliments ainsi ingérés en trop grande quantité ou à des intervalles trop rapprochés ; le plus grand nombre éprouvent pendant la digestion des douleurs cardialgiques ou entéralgiques (2518); il en est même beaucoup qui ont des nausées ou des vomissements (2529 *et sqq.*), et un plus grand nombre encore qui ont des évacuations stercorales liquides à des intervalles de quelques jours ou même tous les jours.

La boulimie n'est pas ordinairement continue chez les cardialgiques ; elle précède souvent les exacerbations de la maladie ou annonce leur invasion (2393, 2485).

2515. La soif exagérée ou la polydipsie est un symptôme de la dyspepsie cardialgique moins fréquent que la boulimie ; elle s'observe néanmoins dans un assez grand nombre de cardialgies aiguës et surtout chroniques ; elle coïncide le plus souvent avec la boulimie, et très rarement avec l'anorexie ; elle est quelquefois jointe à des nausées, et le plus habituellement à la douleur épigastrique étendue aux hypochondres et à la base de la poitrine (2492). De la polydipsie symptomatique des dyspepsies acescentes.

Les cardialgiques affectés de polydipsie sont poursuivis par le désir de prendre des boissons fraîches et acidules, surtout dans les intervalles des repas ; un grand nombre l'éprouvent pendant la nuit, au point que le sommeil est plusieurs fois interrompu par le besoin de boire ; presque tous ont une répugnance extrême pour les aliments provenant des animaux, ils préfèrent les végétaux et souvent les

liquides sucrés, malgré les douleurs obtuses gravatives et les flatuosités gastro-intestinales, et parfois même les douleurs tormineuses qu'ils ont pendant la digestion de ces aliments (2395). La quantité de liquide ingérée par la plupart de ces malades est de deux à trois litres par jour; chez quelques uns elle dépasse huit à dix litres. Comme ces cas de polydipsie excessive ne peuvent plus échapper à l'observation, ce sont presque les seuls sur lesquels les auteurs aient recueilli des observations. La quantité d'urine rendue par ces malades est en général proportionnée à la quantité des boissons. Les urines sont incolores et aqueuses.

La polydipsie des cardialgiques coïncide le plus ordinairement avec un sentiment d'ardeur et de constriction à la gorge; elle est le plus souvent continue; elle varie seulement en intensité; elle coïncide avec les autres symptômes de la dyspepsie et spécialement avec l'anorexie et les douleurs de l'estomac, et parfois du tube digestif. Nous l'avons vue plusieurs fois alterner avec des douleurs tormineuses et des évacuations diarrhéiques stercorales ou bilieuses. La connexion de la polydipsie avec les autres phénomènes cardialgiques est importante pour le diagnostic; car la polydipsie n'appartient pas qu'aux cardialgies; elle peut être le symptôme d'autres maladies du tube digestif et de différents organes, notamment des maladies des reins.

Caractères *du pica* et de *la malacie.*

2516. Parmi les symptômes qui proviennent de l'altération de l'appétit chez les cardialgiques, l'un des plus remarquables est *le pica* ou *la malacie.* Ce phénomène morbide consiste dans un appétit dépravé, par suite duquel les malades sont entraînés à ingérer dans le tube digestif des substances qui ne servent point habituellement, ou qui par leur nature ne peuvent servir à l'alimentation, telles que de la chaux, de l'argile, des coquilles d'œufs ou des valves d'huîtres, etc., ou bien des substances fétides et répugnantes, telles que des viandes putréfiées ou même des matières stercorales, ou enfin des boissons et des aliments de haut goût, d'un

usage insolite ou habituellement insupportable pour les malades, tels que des substances alcooliques, des racines ou des fruits macérés dans l'alcool ou dans le vinaigre, des viandes fumées, etc.

C'est particulièrement chez les enfants et chez les femmes grosses (2447) que la malacie entraîne le désir d'ingérer les substances les plus dégoûtantes. Sebizius a vu un jeune garçon qui mangeait du savon et des chandelles[1]. Une jeune fille a avoué à Sauvages qu'elle avait mangé avec un extrême plaisir la croûte qui s'attache aux murailles des latrines. Nous avons donné des soins à une fille de vingt ans affectée de cardialgie acescente chronique qui disputait avec délices à un chien de basse-cour la pâtée qu'on préparait avec l'eau de vaisselle, quoique cet aliment dégoûtant déterminât habituellement une vive douleur de pyrosis, et quelquefois des nausées et des vomissements (2552).

2517. Quelques auteurs ont distingué le pica et la malacie : les uns, comme Hercule Saxonia, établissent cette distinction sur les conditions physiologiques des sujets affectés ; ils admettent que le pica peut affecter des malades de l'un et de l'autre sexe, et que la malacie ne s'observe que comme un accident de la grossesse [2] ; les autres, avec Sennert, réservent la dénomination de malacie pour les cas où la dépravation de l'appétit est liée à un état général de langueur et d'atonie de l'organisme [3]. Ces distinctions n'étant point tirées des conditions essentielles des phénomènes morbides ne nous semblent pas admissibles. La dépravation de l'appétit se montre également chez les sujets de tous les âges, et chez l'un et l'autre sexe dans différentes formes et à diverses périodes des dyspepsies cardialgiques, et surtout des cardialgies chroniques et hypochondriaques. Il importe seulement de remarquer qu'on ne peut établir de

Distinction du pica et de la malacie.

[1] *Disp. de fame et siti;* Argentorati, 1655, in-4°.

[2] *Prœlectiones pract.;* p. II, p. 213.

[3] *Med. pract.;* lib. III, sect. I, cap. V.

rapport déterminé entre cet accident et l'intensité ou les formes spéciales de la dyspepsie, puisqu'il est des cas où les symptômes cardialgiques les plus intenses existent sans dépravation de l'appétit, et qu'il en est d'autres où cette dépravation est le symptôme le plus saillant de la dyspepsie acescente.

Différences des cas dans lesquels se manifestent le pica ou la malacie, déduites de leur coïncidence avec d'autres accidents des dyspepsies acescentes.

2518. Les différences les plus tranchées que présentent les cas dans lesquels se manifestent le pica ou la malacie, se tirent de la coïncidence avec l'anorexie ou la boulimie, ou encore avec les douleurs de pyrosis.

Un assez grand nombre de malades affectés de pica éprouvent, en même temps qu'ils désirent et ingèrent avec avidité des substances non nutritives ou qui ont des qualités repoussantes, une répugnance extrême pour les aliments ordinaires; dans ce cas, le pica ou la malacie coïncide avec l'anorexie. Cela s'observe assez souvent pour le pica qui survient dans la dyspepsie des femmes grosses (2444).

Le pica ou la malacie coïncide avec la boulimie, si, nonobstant l'appétit dépravé qu'ils ressentent, les malades ont en même temps des besoins exagérés d'aliments, ou bien prennent en excès les aliments grossiers ou de haut goût sur lesquels porte le pica. Cette forme de boulimie s'observe aussi assez souvent dans les cardialgies des femmes grosses : c'est celle que l'on rencontre le plus fréquemment chez les enfants à la seconde dentition.

Les douleurs du pyrosis, et quelquefois aussi les douleurs tormineuses intestinales succèdent dans quelques cas chez les malades qui ont la malacie, à l'ingestion et à la digestion des substances pour lesquelles ils éprouvent une appétence irrésistible. Nous avons observé plusieurs fois cette succession des accidents cardialgiques chez les femmes grosses et chez les filles chlorotiques. Nous avons également vu l'ingestion des substances désirées déterminer des nausées et des vomissements, sans que pour cela les malades aient la force de résister à leur appétit dépravé.

2519. Le pica est le symptôme ordinairement dominant de la cardialgie des enfants; c'est lui qui les porte à manger avec avidité de la craie, de l'argile, du charbon, etc.; il se voit souvent chez ceux de la deuxième dentition jusqu'à l'âge de puberté; c'est un symptôme fréquent de la cardialgie vermineuse. Chez quelques sujets, cette affection une fois établie, persiste ensuite comme une habitude irrésistible. J. Matthæus rapporte qu'il a vu une petite fille de douze ans qui contracta et conserva toute sa vie l'habitude de manger de l'argile et la chaux qu'elle détachait des murailles. Les coups, les punitions les plus sévères, ne purent jamais triompher de cette appétence irrésistible [1].

**De la dysphagie symptomatique des dyspepsies acescentes.**

2520. La dysphagie, par la constriction spasmodique du pharynx et de l'œsophage, provoquée par le contact des aliments et des boissons, est un phénomène fréquent des dyspepsies cardialgiques et surtout des cardialgies hypochondriaques. « Rien de plus commun, dit F. Hoffmann, chez les » hystériques et chez les hypochondriaques que de voir l'ori- » fice de l'œsophage se rétrécir et se contracter au point que » les malades ne peuvent exercer la déglutition qu'avec la » plus grande peine, et qu'ils se plaignent comme de la sen- » sation que ferait éprouver un pieu planté dans la gorge [2]. »

La dysphagie a des symptômes différents, suivant que l'affection spasmodique occupe le pharynx ou la continuité de l'œsophage. Lorsque c'est au spasme du pharynx que la dysphagie se rapporte, « la déglutition devient difficile, » douloureuse ou presque nulle, au point que les aliments » solides ou liquides ne peuvent être avalés. Les parties » liées au pharynx, telles que la langue, le larynx et même » le cou, sont raidis par la constriction ; leurs mouvements » sont suspendus, et deviennent douloureux. Le malade » éprouve un sentiment de suffocation et comme le sen-

[1] *Quest. medicarum Elenchus;* II, cap. XVIII.

[2] *Dissert. medica de morbis œsophagi;* anni 1722, § 6.

» timent d'un pieu enfoncé dans le gosier; la voix s'é-
» teint. Ces symptômes surviennent le plus souvent par
» intervalles : il n'est pas rare de les voir suivis de convul-
» sions générales [1]. »

La dysphagie œsophagienne, proprement dite, est plus rare dans les dypsepsies cardialgiques que celle qui provient des spasmes du pharynx; elle a les symptômes suivants, dont nous trouvons encore une description exacte dans les écrits de F. Hoffmann. « Les aliments sont facilement
» ingérés, mais le malade les sent s'arrêter dans l'œso-
» phage, surtout vers l'orifice supérieur de l'estomac.
» Ce phénomène est surtout déterminé par l'ingurgita-
» tion des boissons froides : il semble qu'un obstacle
» se trouve dans cette partie du tube digestif, et que la
» constriction augmente au contact du liquide ingéré.
» Les boissons chaudes parcourent au contraire le plus
» souvent sans difficulté le tube œsophagien, et le ma-
» lade perçoit leur arrivée dans l'estomac. Une douleur
» se fait sentir en même temps à l'épine du dos entre les
» omoplates. Il n'est pas rare qu'il se produise aussi des
» efforts pénibles de vomissement tantôt inutiles, tantôt
» suivis d'effet; assez souvent aussi le malade a des nausées
» et des éructations pénibles; le plus ordinairement, il
» a des régurgitations d'un mucus limpide, difficiles à dis-
» tinguer des vomissements. Quand ces accidents sont
» joints à ceux qui se rapportent à la dysphagie pha-
» ryngienne, les spasmes occupent tout le canal œso-
» phagien. »

Rapports de la dysphagie avec les accidents des dyspepsies acescentes.

2521. Lorsque la dysphagie pharyngienne se montre avec une grande intensité, elle est plutôt un épiphénomène de la dyspepsie cardialgique et le symptôme initial des accidents convulsifs qui surviennent si souvent comme accidents accessoires de cette maladie chez les femmes hys-

[1] F. Hoffmann, *De morbis œsophagi spasmodicis*, *in Medicin. ration. system.*, t. III, sect. II, cap. V, § 4.

tériques et chez les hypochondriaques (2484) ; mais à un moindre degré le spasme du pharynx se voit souvent dans les cardialgies sans autres accidents convulsifs. Cette dysphagie consiste alors en un sentiment de rigidité dans les muscles moteurs de la mâchoire inférieure, qui ne peut s'abaisser suffisamment pour l'introduction des aliments solides, et dans les muscles constricteurs du pharynx qui occasionne la nécessité d'un effort insolite pour faire franchir l'isthme du gosier aux aliments et aux boissons. La dysphagie ne survient quelquefois que par suite de l'ingestion des aliments solides, et ne se montre pas quand le malade introduit soit des boissons, soit même des aliments à demi liquides. Chez quelques malades, la température des aliments et des boissons, et surtout la température froide, semblent seules occasionner le spasme pharyngien ; chez d'autres, il est provoqué par certaines qualités des aliments ou des boissons ; ainsi nous avons vu la dysphagie se manifester toutes les fois que le malade ingérait des boissons alcooliques ou des eaux gazeuses. Il est enfin des cas dans lesquels le spasme pharyngien survient sans qu'on puisse l'expliquer par les qualités physiques ou chimiques des aliments ou des boissons.

Des circonstances dans lesquelles la dysphagie se produit.

2522. La dysphagie pharyngienne ou pharyngo-œsophagienne se manifeste ordinairement chez les cardialgiques d'une manière imprévue au milieu du repas ; elle ne dure quelquefois que peu d'instants, d'autres fois elle cesse et reparaît par intervalles, lors même que le malade n'apporte aucun changement aux qualités des aliments ou des boissons ; tantôt elle se manifeste par l'ingestion de tous les aliments et de toutes les boissons pendant toute la durée du repas et même pendant tous les repas durant un certain temps. Nous l'avons vue persister plusieurs mois de suite chez un homme affecté de dyspepsie hypochondriaque. Nous avons aussi vu des malades qui n'éprouvaient cet accident qu'aux repas du matin et

qui n'en étaient point affectés aux repas du soir et réciproquement.

Des régurgitations alimentaires dans les dyspepsies acescentes.

2523. Les cardialgiques, et spécialement ceux qui ont une dyspepsie cardialgique chronique ou hypochondriaque et qui sont affectés de dysphagie, éprouvent souvent après le repas des régurgitations qui ramènent dans la bouche un liquide acide ou des matières chymeuses qui conservent la saveur des aliments ingérés. « Il me semble, » nous disait une jeune femme affectée de cardialgie chro- » nique, que je mange pendant toute la journée, les ali- » ments que j'ai pris le matin, chaque renvoi m'en rap- » porte une partie dans la bouche. »

Du mérycisme dans les dyspepsies cardialgiques.

2524. Nous n'avons dans aucun cas constaté le retour réel dans la bouche des aliments ingérés pour y subir une nouvelle mastication et une nouvelle déglutition; c'est pourquoi nous ne considérons pas les cas où les malades ont ainsi des régurgitations de matières qui ont la saveur des aliments ingérés, comme des exemples de véritable rumination, tout à fait comparables à ceux que les auteurs ont rapportés; il nous semble que les cas de mérycisme ne sont qu'un plus haut degré des mêmes phénomènes; nous sommes d'autant plus porté à le penser que plusieurs des sujets qui ont présenté cet accident, au témoignage de Vogel[1], de P. Frank[2] et de Schmidtmann[3], étaient en réalité affectés de cardialgies chroniques, le plus souvent hypochondriaques. Les symptômes de ce mérycisme morbide réunis par P. Frank sont en rapport avec l'opinion que nous nous formons de ces accidents. « Les individus » atteints de mérycisme, dit ce dernier praticien, se plai- » gnent ordinairement d'une grande faiblesse, de plusieurs » symptômes qui annoncent un dérangement dans les fonc- » tions des viscères abdominaux. Ces désordres sont pro-

[1] *De cognoscendis et curandis hom. affectibus*, §538, p. 433.

[2] *Epit. de curandis hom. morbis*; lib. v, p. ii, p. 352.

[3] *Summa obs.*, etc., vol. iii, cap. viii, p. 182.

» noncés dès le principe. Le plus grand nombre ont des » flatuosités continuelles, un sentiment d'oppression à » l'épigastre après le repas, une lenteur considérable dans » les digestions, des éructations, des borborygmes, la » constipation. La substance avalée la dernière ne remonte » pas toujours la première dans la bouche : souvent la ru- » mination se fait sans ordre. Dans certains cas, la faim est » considérable ; quelquefois la santé se soutient assez » longtemps ; d'autres fois les fonctions de l'estomac se » dérangent, la digestion se ralentit ou cesse, et le corps » privé des sucs nécessaires à sa nutrition se consume peu » à peu et le malade périt dans le marasme. »

2525. Dans un assez grand nombre des observations sur des cas de mérycisme que les auteurs ont conservées, il existait des carcinomes de l'œsophage, de l'estomac ou des organes annexes du tube digestif. La présence de ces lésions ne permet pas de rapporter ces cas à de véritables dyspepsies cardialgiques, mais comme il est incontestable que tous les symptômes de la cardialgie chronique se manifestent souvent dans les maladies organiques des viscères abdominaux tout comme dans les cardialgies simples, la manifestation du mérycisme comme symptôme de ces lésions, n'est qu'un motif de plus de penser qu'elle peut aussi survenir dans la cardialgie chronique. Il n'est pas douteux que l'on n'observe comme symptôme de cette maladie des dysphagies, des éructations, des régurgitations et des vomissements soit de substances alimentaires ingérées, soit des gaz ou des liquides déposés dans l'estomac, le mérycisme est évidemment un accident du même ordre, pour la production duquel nous trouvons aussi comme cause immédiate le spasme et la perversion des mouvements péristaltiques de l'estomac et de l'œsophage.

Du sentiment de réplétion de l'estomac comme symptôme des dyspepsies cardialgiques.

2526. Les cardialgiques sont souvent tourmentés par un sentiment de réplétion de l'estomac comme si ce viscère était distendu. Ce sentiment pénible se manifeste

quelquefois à jeun et disparaît par l'ingestion des ali-
ments; le plus souvent il arrive après l'ingestion d'un
petite quantité d'aliments et fait naître alors comme instan
tanément l'anorexie au milieu d'un repas que le malad
avait commencé avec plaisir, et même avec un sentimen
d'appétit et de besoin (2513). Nous donnons maintenant de
conseils à une dame qui ne se plaint de cet accident qu'au
repas du matin et qui ne l'éprouve pas à ceux du soir, lor
même que ces repas sont formés d'aliments de même nature
Ce sentiment de réplétion de l'estomac existe presque tou
jours quand il y a des régurgitations des aliments ou des nau
sées et des vomissements, il les précède ou les accompagne

Quelques malades n'éprouvent le sentiment de réplétio
à l'estomac que par suite de l'ingestion de certains aliments
Chez les uns, c'est seulement après qu'ils ont pris des ali
ments liquides; chez d'autres, c'est après l'ingestion de
substances végétales, surtout féculentes. Nous avons v
des malades qui le faisaient cesser par des aliments solides
par des boissons stimulantes, comme une cuillerée d'ea
distillée de menthe ou de fleurs d'oranger, ou quelque
gouttes d'éther sulfurique.

Le sentiment de réplétion de l'estomac est dans quel
ques dyspepsies cardialgiques, manifestement dû à l
distension de l'estomac par des gaz, dont la présence s
décèle par un gonflement avec résonnance tympaniqu
de la région épigastrique, et par l'émission d'abondante
éructations flatulentes.

Des éructations symptômatiques des dyspepsies acescentes.

2527. Les éructations sont un des symptômes les plu
fréquents des dyspepsies cardialgiques; il est peu de ma
lades qui en soient tout à fait exempts. Ces éructation
ramènent à la bouche soit seulement des gaz, soit le plu
ordinairement des gaz et des liquides sans sapidité et comm
muqueux, ou des liquides pénétrés de la saveur des ali
ments, tantôt amarescents, et le plus souvent d'une ex
trême acidité. Presque toujours ceux qui sont affectés d

ces éructations, ont en même temps la salive acide, comme on peut le constater en introduisant dans leur bouche un morceau de papier de tournesol qui rougit immédiatement (2435). On peut considérer le liquide acide qui remonte ainsi de l'estomac comme provenant moins des liquides sécrétés dans l'estomac que de la salive qui descend continuellement dans les voies digestives par la déglutition. Ce qui donne une plus grande probabilité à cette origine des liquides acides qui viennent de l'estomac, c'est que c'est le plus souvent le matin, à jeun et avant le repas, que ces éructations surviennent, après que la salive s'est accumulée dans l'estomac par la déglutition continue qui s'est faite pendant la nuit. Ce n'est pas, cependant, qu'on ne rencontre aussi des cardialgiques chez lesquels les éructations acides ne surviennent qu'après les repas et pendant la digestion; il en est même beaucoup qui n'éprouvent cet accident qu'après l'ingestion de certains aliments, et surtout des aliments végétaux et féculents ou sucrés, ou après avoir bu des liquides alcoolisés. Dans ces cas, les éructations acides coïncident ordinairement avec le pyrosis (2498).

Les éructations coïncident fréquemment avec le ptyalisme cardialgique. Needham [1], F. Hoffmann [2], ont rattaché à la présence des éructations chez les cardialgiques l'impression d'agacement que les malades ressentent aux dents par la présence des liquides acides dans la bouche. Cet effet de l'action topique de ces liquides se décèle quand la maladie se prolonge par la production d'aphthes dans la bouche, et par une érosion des dents qui se montre sous la forme de sillons transversaux et même de perforations complètes sur la couronne des dents incisives.

2528. Les éructations acides ne manquent guère dans les cardialgies aiguës (2383), et s'observent souvent dans les cardialgies chroniques et hypochondriaques (2479); elles

[1] *De morb. hypoch.*, p. 150.

[2] *De vera morb. hyp. sede et indol.* Op. omn., t. III, sup., 227.

surviennent souvent dans les cardialgies des femmes grosses, dont elles sont un symptôme fréquent (2444).

Les éructations des cardialgiques arrivent assez souvent sans nausées; leur manifestation n'est précédée que d'un sentiment de réplétion de l'estomac (2526), quelquefois même elles n'empêchent pas l'appétit de se faire sentir. Elles surviennent aussi au commencement du repas et s'interrompent après qu'il est terminé.

Des nausées et des vomissements symptômatiques des dyspepsies acescentes.

2529. Les nausées et les vomissements sont les symptômes prédominants de certaines cardialgies, surtout d'un grand nombre de dyspepsies cardialgiques aiguës (2384); ils sont presque constants dans les exacerbations si douloureuses des cardialgies et des cardio-entéralgies bilieuses (2402, 2466). Les nausées et les vomissements arrivent chez les cardialgiques dans l'état de vacuité de l'estomac, ou après l'ingestion des aliments; quelques uns les éprouvent à la fois dans ces deux conditions (2449).

Des matières vomies pendant la vacuité de l'estomac.

2530. Les vomissements qui surviennent dans l'état de vacuité de l'estomac expulsent de ce viscère des matières aqueuses ou glaireuses, ressemblant à une dissolution de gomme ou d'albumine quelquefois colorée par la bile en jaune verdâtre ou en vert brunâtre. Ces matières sont sans saveur, d'une extrême acidité ou amarescentes; leur passage provoque un sentiment d'ardeur et d'érosion à la gorge et d'agacement des dents. La quantité de ces liquides ainsi rejetée s'élève quelquefois à un demi-verre ou même à un verre pour chaque vomissement; le plus souvent cependant elle n'excède pas deux ou trois cuillerées à bouche.

Observation clinique sur un cas de dyspepsie cardialgique dont les nausées et les vomissements ont été le symptôme principal.

2531. Diemerbroeck a rapporté[1] un exemple remarquable de cardialgie dans laquelle ce symptôme a été dominant :

« Une jeune fille de dix-neuf ans fut prise, le 19 juin, d'une vive douleur d'estomac, s'étendant tantôt à droite, tantôt à gauche, et aussi jusqu'aux lombes. Cette douleur

[1] *Observ. med.* 93.

était jointe à un vomissement tantôt faible, tantôt violent, de toutes les substances ingérées, et ensuite d'une livre à une livre et demie d'un liquide aqueux noirâtre, mêlé à une certaine quantité de pituite visqueuse. Ce liquide servait le plus souvent de véhicule à quatre ou cinq petits corps du volume de petites avelines, ayant la couleur et la consistance du beurre récent. La malade était ensuite soulagée pendant deux ou trois heures, après lesquelles la douleur se reproduisait. Cette fille n'avait pas de fièvre, elle n'offrait aucun symptôme d'engorgement du foie et de la rate; elle ne présentait pas de signes d'embarras calculeux des reins; les règles et les selles se montraient comme dans l'état de santé. Après plusieurs remèdes internes et externes inutilement administrés, on donna, dans la nuit du 29 juin, deux scrupules de philonium romanum qui provoqua un sommeil de quatre heures qu'elle n'avait goûté ni la nuit ni le jour depuis qu'elle était malade. Le lendemain la douleur revint, mais elle fut soulagée par des éructations qui sortaient avec beaucoup de difficulté; on réitéra le soir l'administration du philonium. Le 1er juillet, les éructations se produisaient avec plus de facilité; on insista sur le même médicament. Le jour suivant les douleurs furent plus légères, et il n'y eut plus de vomissements, et la malade put pour la première fois conserver une petite quantité de bouillon de poulet. Le 3 juillet on surmonta la constipation avec les pilules de Rufus. Le surlendemain, les douleurs furent augmentées et provoquèrent les vomissements. Le 6 juillet on fut obligé de porter la dose du philonium à deux scrupules et demi : il en résulta un peu de sommeil, et la douleur fut plus modérée. Le lendemain, la même dose de philonium fut administrée et réitérée pendant les deux jours suivants. Le 9 juillet on provoqua des selles avec les pilules de Rufus. L'usage du philonium, continué ensuite pendant quatre jours, fit enfin cesser tout à fait les douleurs et les vomissements; l'appétit revint, et

la malade entra en convalescence. Le 9 novembre, la maladie récidiva; elle fut guérie de la même manière par le philonium romanum continué pendant douze jours, et par les pilules de Rufus, administrées tous les quatre jours. »

Des matières vomies après les repas.

2532. Les vomissements qui surviennent après les repas sont quelquefois formés des aliments ingérés, le plus souvent ils ne donnent issue qu'à des liquides muqueux, incolores ou colorés par de la bile jaune verdâtre. Les malades qui vomissent après tous les repas, ne rejettent presque jamais toutes les substances portées dans l'estomac, un grand nombre ne vomissent que certains aliments; ce sont le plus souvent les aliments aqueux, peu sapides qui n'ont qu'une action peu stimulante sur le tube digestif; ce sont fréquemment aussi tous les aliments liquides, ou les fruits, les conserves de fruits acides. Lorsque le vomissement est ainsi déterminé par certains aliments, il ne survient quelquefois que plusieurs jours après leur ingestion, lors même que les aliments d'une autre nature pris dans cet intervalle ont été conservés. M. Barras a rapporté une observation sur un malade qui vomissait les fruits qu'il avait mangés cinq ou six jours auparavant, lors même que les autres aliments qu'il avait pris pendant cet intervalle étaient bien digérés [1].

Des vomissements chroniques des hypochondriaques.

2533. Quelques personnes affectées de cardialgie hypochondriaque vomissent une partie des aliments qu'elles ingèrent dans l'estomac peu d'instants après les repas, et sont en même temps tourmentées par la boulimie, qui les porte à prendre immédiatement d'autres aliments, qu'elles rejettent de même (2514). Plusieurs de ces malades conservent, malgré cette opiniâtreté des vomissements, qui persiste depuis des mois et même des années, un état d'embonpoint qui prouve que le tube digestif retient une assez grande quantité d'aliments pour suffire aux besoins de la nutrition : presque tous sont néanmoins dans un état de

[1] *Traité sur les gastralgies*, etc., t. I, obs. VI, p. 67.

grande maigreur. La plupart de ceux sur qui nous avons observé cette forme des accidents avaient eu en même temps de la malacie qui leur faisait choisir les aliments les plus grossiers et de qualités indigestes. Plusieurs sollicitent le vomissement en s'introduisant les doigts dans la bouche pour faire cesser le sentiment de réplétion douloureux qu'ils éprouvent à l'estomac après le repas. Chez quelques uns, la répétition de cette manœuvre, continuée pendant un certain temps, a rendu le vomissement si facile qu'il se reproduit comme une habitude et sans qu'il soit besoin de la renouveler. La plupart de ces malades ne conviennent que difficilement de cette habitude de provoquer le vomissement; ils ne s'y livrent qu'en secret et le médecin n'en est informé que par leur famille.

Des vomissements dans les cardialgies aiguës et dans les exacerbations des cardialgies chroniques.

2534. Dans un grand nombre de cardialgies aiguës, dans les paroxysmes d'exacerbation des douleurs des cardialgies chroniques, et surtout dans les cardialgies bilieuses (2419), le vomissement se produit avec violence par l'effet de l'ingestion d'une très petite quantité de boisson ou d'aliments (2466). Il suffit quelquefois d'une cuillerée d'eau pour le provoquer. M. Barras a rapporté une observation intéressante, recueillie par M. Bodson, sur un cas de cardialgie dans lequel l'ingestion d'une seule cuillerée d'eau provoquait le vomissement de matières liquides d'une acidité excessive [1].

Ce phénomène est alors toujours joint aux plus vives douleurs gastriques et à l'état d'anxiété et d'angoisse qui les accompagnent. Presque toujours la petite quantité de substance liquide ou solide ingérée est mêlée à de la bile jaune verdâtre. Il arrive d'ordinaire dans cette forme douloureuse de la cardialgie, que les malades ont plusieurs vomissements bilieux qui se succèdent à de courts intervalles, même sans être provoqués par l'ingestion de substances solides ou liquides (2405).

Des excrétions alvines dans les dyspepsies acescentes.

2535. Les excrétions alvines sont habituellement rares et

[1] *Traité sur les gastralgies*, etc. t. 1, p. 111.

dures chez les personnes affectées de dyspepsies cardialgiques ; chez quelques unes, et particulièrement chez celles qui ont des éructations et des vomissements acides, elles n'arrivent que tous les six, huit ou dix jours. Nous avons vu des malades qui n'avaient de selles que toutes les deux ou trois semaines. Les matières accumulées dans les gros intestins se reconnaissaient souvent alors au palper des parois abdominales comme des tumeurs disposées suivant le trajet du colon (2502).

De la stase des matières fécales et de l'obstruction consécutive du tube digestif, par suite de constipation opiniâtre dans les dyspepsies acescentes.

2536. L'inertie du tube digestif chez les cardialgiques dont la constipation est ainsi un symptôme dominant est quelquefois si grande, que l'administration des cathartiques même d'une grande activité, soit par la bouche, soit en lavement, reste sans résultat et ne fait qu'aggraver les souffrances du malade.

Dans des cas rares de cardialgies acescentes, ces matières fécales endurcies, accumulées à la fin du colon et dans le rectum qu'elles distendent, y stagnent comme un corps étranger qu'on est obligé d'extraire avec la curette. Nous avons observé le même accident dans des cardialgies hypochondriaques ; nous ne croyons pas qu'il ait été rencontré dans les cardialgies bilieuses.

De la coïncidence de la diarrhée avec la constipation dans les dyspepsies acescentes.

2537. La stase des matières fécales dans les gros intestins des cardialgiques n'exclut pas la manifestation intercurrente chez ces malades d'excrétions alvines diarrhéiques, soit spontanées, soit provoquées. Ces excrétions s'établissent parfois nonobstant l'oblitération du tube digestif par les fèces, par une sorte de cannelure ou de perforation qui se creuse sur les masses de fèces, et qui donne issue aux matières liquides. Ces perforations sont souvent produites artificiellement par les lavements ingérés pour provoquer les excrétions.

Symptômes produits chez les cardialgiques par la stase des matières fécales dans les intestins.

2538. Les douleurs cardialgiques augmentent habituellement d'intensité par l'engouement du tube digestif par les fèces ; les malades éprouvent alors une douleur gravative dans

l'abdomen et vers les lombes, des coliques obtuses (2388), un sentiment de réplétion de l'abdomen qui devient en effet tendu et rénitent; ils sont en même temps pris de céphalalgie, de pesanteur de tête, de bouffées de chaleur irrégulières à la face, d'insomnie; ils perdent tout à fait l'appétit, si déjà la maladie n'avait provoqué de l'anorexie; la bouche devient amère, la langue saburrhale, et l'haleine d'une odeur fétide, analogue à celle des fèces; les éructations se multiplient, et souvent il survient des nausées et des vomissements de matières pituiteuses ou chymeuses plus ou moins mélangées de bile.

Symptômes produits par les excrétions des fèces, par suite de la constipation opiniâtre.

2539. Lorsque enfin les excrétions alvines se rétablissent après ces constipations opiniâtres, elles sont très pénibles et ne se font qu'avec des efforts d'abord infructueux, toujours très prolongés qui provoquent de vives douleurs à l'anus et dans l'abdomen. Le malade conserve assez souvent après les excrétions une sensation de pesanteur au rectum et à l'anus qui provoque quelquefois des efforts infructueux de défécation. Ce sentiment pénible provient de ce que les évacuations alvines ont été incomplètes, de la fatigue et de l'irritation qui persistent dans le rectum par suite des efforts réitérés d'excrétion qui ont précédé l'expulsion des matières fécales.

Après que les évacuations sont accomplies, le malade éprouve un sentiment de défaillance et de vacuité dans l'abdomen qui va quelquefois jusqu'à la lipothymie, et qui laisse toujours subsister pendant plusieurs heures et même pendant une journée un état général de faiblesse et de collapsus excessif.

De la nature des fèces excrétées dans dyspepsies acescentes chroniques.

2540. Les fèces rendues si péniblement dans ces efforts de défécation, sont ordinairement endurcies pelotonnées sous la forme de masses arrondies, du volume de petites noix ou au moins de petites olives; elles sont mêlées à des mucosités glaireuses qui sortent par flocons ou qui enduisent comme un fourreau les fèces endurcies, ou qui sont dis-

posées par fragments stratifiés comme seraient des pseudo-membranes détachées de la surface interne des intestins. Sennert a cité l'exemple du savant Juste-Lipse, qui tomba dans la dyspepsie hypochondriaque par des excès d'étude et qui rendait après de violents efforts de défécation des fragments de pituite condensée qui avaient presque une aune de longueur [1].

Les hypochondriaques attentifs à remarquer toutes les circonstances de leur maladie, ne manquent guère de signaler au médecin ces masses de mucus condensées sous la forme de fausses membranes; quelques uns les font conserver avec inquiétude, comme des débris de la membrane muqueuse du tube digestif. Un hypochondriaque qui a réclamé nos conseils, avait une constipation habituelle et une douleur gravative qu'il conservait avec d'inutiles besoins de défécation pendant deux ou trois heures, après des selles qu'il ne rendait que par de grands efforts; ses fèces formaient des masses extrêmement dures et d'un petit volume; elles étaient rendues enveloppées et séparées par des flocons de mucus condensé et comme pseudo-membraneux. Le malade recueillait ces flocons dans l'alcool, il les attribuait aux débris de la muqueuse intestinale; se fondant sur les difficultés de la défécation et sur le petit volume des matières endurcies, il croyait aussi avoir un rétrécissement du rectum. Un jeune médecin qu'il avait amené à partager son opinion, avait exploré le rectum et avait cru reconnaître ce rétrécissement. Il n'existait en réalité qu'une constipation dyspepsique opiniâtre qui disparut par une médication appropriée.

De la diarrhée symptomatique des dyspepsies acescentes aiguës et chroniques.

2541. La diarrhée est un accident assez rare des dyspepsies cardialgiques simples; elle est un symptôme fréquent des cardialgies bilieuses (2402, 2456); elle ne manque presque jamais dans les cardio-entéralgies (2411, 2459); elle ne survient guère surtout dans les cardialgies

[1] *Prax. med.*; lib. III, cap. 6.

chroniques, que lorsque les malades se sont livrés à des excès de table ou que lorsqu'ils ont obéi sans mesure à des appétits dépravés. Elle consiste alors dans des excrétions alvines de fèces liquides d'une extrême fétidité, mélangées de mucosités. Cette diarrhée par indigestion est accompagnée de coliques plus ou moins vives ; sa manifestation est ordinairement précédée de tension à l'épigastre et aux hypochondres, d'anorexie, d'éructations et de flatuosités péniblement excrétées, quelquefois de nausées et de vomissements muqueux ou bilieux. Elle s'accompagne presque toujours d'un certain degré de tuméfaction de l'abdomen qui devient douloureux à la pression vers les flancs et à l'ombilic.

2542. Dans la cardialgie ou la cardio-entéralgie bilieuse, les selles liquides bilieuses sont fréquentes ; elles sont peu abondantes et se renouvellent le plus souvent plusieurs fois par jour. Leur manifestation est toujours précédée d'une douleur rongeante, souvent très vive au dessous de l'ombilic, ou vers le bord des hypochondres, et surtout de l'hypochondre droit, accompagnée d'anorexie, d'un sentiment de chaleur et de sécheresse de la gorge, d'éructations et quelquefois de nausées et de vomissements de liquides bilieux ou au moins colorés par la bile. L'excrétion de ces selles bilieuses s'accompagne de ténesme et d'ardeur à l'anus ; elle est presque toujours suivie d'un sentiment de faiblesse générale et de brisement des membres, qui va quelquefois jusqu'à la lipothymie. Ce collapsus n'est explicable ni par l'abondance des matières excrétées, qui ne sont souvent rejetées qu'en petite quantité, ni par la fréquence des selles, puisqu'il se produit quelquefois dès les premières excrétions bilieuses. Ces selles liquides bilieuses, se manifestent quelquefois sans interrompre la constipation, car les malades ne rendent pas de matières fécales, et lorsqu'ils en rendent, ces matières sont endurcies et ne sont excrétées qu'après les selles bilieuses dont elles annoncent d'ordinaire l'interruption.

2543. La cardio-entéralgie est presque toujours accompagnée de selles diarrhéiques stercorales qui alternent ordinairement avec la constipation. Ces selles, qui sont formées de matières stercorales liquides, et de matières muqueuses qui servent de véhicule à des flocons glaireux, se reproduisent par intervalles ordinairement de plusieurs jours et quelquefois même de plusieurs semaines; leur manifestation est précédée d'une aggravation des douleurs abdominales. Ces excrétions alvines diarrhéiques sont le symptôme le plus prononcé des exacerbations de la maladie; elles sont toujours immédiatement précédées de douleurs sourdes, de coliques et de douleurs gravatives dans les lombes, avec une douleur comme térébrante autour de l'ombilic et vers les flancs. Le ventre est ordinairement en même temps tendu vers les flancs et douloureux à la pression. Les malades ont des borborygmes et rendent des flatuosités qui ne les soulagent pas; ils éprouvent après les selles liquides un état de bien-être qui est bientôt interrompu par le retour des douleurs cardio-entéralgiques qui se reproduisent et croissent jusqu'au retour de nouvelles évacuations.

Chez la plupart des malades, la manifestation des selles liquides a pour prodromes, pendant un jour ou deux, des douleurs profondes des flancs et des coliques obtuses de plus en plus intenses; chez un assez grand nombre, elle est précédée et accompagnée par des éructations fréquentes d'une saveur nauséabonde et par des nausées et même des vomissements.

2544. Dans quelques cardialgies chroniques, et surtout dans les dyspepsies hystériques et hypochondriaques, les symptômes entéralgiques se montrent par intervalles réguliers, et les selles liquides stercorales et muqueuses, et quelquefois bilieuses, surviennent avec ces symptômes. Ainsi beaucoup de femmes affectées de cardialgies chroniques éprouvent ces accidents tous les mois aux approches et pendant la durée du flux menstruel, et pendant les deux ou trois

jours qui le suivent. Un assez grand nombre d'hypochondriaques sont sujets au flux hémorrhoïdal, et l'imminence ou la manifestation de ce flux est annoncée par les douleurs entéralgiques et par les excrétions alvines liquides. Ces évacuations, dans ces cas, sont quelquefois bilieuses et accompagnées de douleurs de ventre érodantes vers l'ombilic et à l'épigastre, et suivies du sentiment général de faiblesse et de collapsus qui se montre habituellement après les excrétions des cardialgies bilieuses (2540).

Des borborygmes bruyants dans les dyspepsies acescentes aiguës ou chroniques.

2545. Les cardialgiques chez lesquels on observe les dérangements des excrétions alvines que nous venons de signaler, et même ceux qui ont une constipation opiniâtre, ont souvent des borborygmes presque continus ou qui se reproduisent pendant quelques heures après l'ingestion des aliments. Ces borborygmes sont quelquefois tels que le malade et les assistants entendent dans l'abdomen un bruit comme celui que produiraient des liquides gazeux et aqueux passant alternativement de canaux larges dans des canaux étroits. Ces borborygmes ont leur siége surtout dans les flancs; ils remontent jusque sous les hypochondres; on les augmente ou on les provoque par la pression sur l'abdomen; ils sont dus au déplacement de matières liquides ou gazeuses qui se trouvent dans le tube digestif, opéré par l'action péristaltique des intestins. Quelques hypochondriaques les attribuent à la présence des vers ou d'autres animaux ingérés avec les boissons. On voit quelques uns de ces malades chez lesquels la sensibilité abdominale est si exaltée qu'ils sentent en même temps que se produisent ces borborygmes, un mouvement comme de reptation dans le ventre.

### (C) Des dérangements des principales sécrétions et excrétions dans les dyspepsies cardialgiques.

Des altérations de la sécrétion salivaire dans les dyspepsies acescentes.

2546. La sécrétion des glandes salivaires et des cryptes mucipares bucco-pharyngiennes est, des sécrétions qui concourent à la digestion, celle qui présente les altéra-

tions les plus prononcées et les plus constantes dans les dyspepsies acescentes. L'abondance insolite de cette sécrétion se manifeste par la présence dans la bouche d'un liquide visqueux que les malades comparent à une dissolution de gomme, et qui détermine la nécessité d'une expuition fréquemment répétée. Cette diacrise survient dans la plupart des cas pendant le travail de la digestion, lorsqu'il est accompagné de douleur cardialgique même modérée ou de nausées. Il n'est pas aussi très rare de voir ce flux buccal coïncider avec les douleurs entéralgiques.

Quelques malades affectés de cardialgie ont un flux de salive aqueuse abondant, qui revient principalement le matin après le sommeil, ou après la somnolence dans laquelle ils tombent après les repas pendant l'accomplissement pénible de la digestion. Presque toujours ce flux salivaire accompagne les nausées et même les vomissements; il en est à la fois le prodrome et le symptôme. On l'observe habituellement dans les cardialgies épiphénoméniques de la gestation (2445).

Qualités des liquides sécrétés et surtout de la salive dans les dyspepsies acescentes.

2547. Le liquide ainsi sécrété en excès dans la bouche est habituellement acide dans les cardialgies aiguës, et surtout dans les dyspepsies cardialgiques chroniques et dans les cardialgies hypochondriaques. Il est remarquable que la qualité acide de la salive dans ces cas coïncide avec une acidité très prononcée de la sueur et surtout des urines. Borsieri a insisté sur cette circonstance de la présence simultanée des acides en excès dans tous les produits sécrétés chez des sujets affectés de dyspepsie chronique [1]. Ce mode identique d'altération de toutes les sécrétions constitue le phénomène le plus tranché de la plupart des dyspepsies acescentes chroniques; il est quelquefois si prononcé que l'haleine même a une odeur acide (2375).

Dans les cardialgies bilieuses, le liquide sécrété dans la bouche a assez souvent une saveur âcre et comme poi-

[1] *Instit. med. pract.*; vol. VIII, cap. III, § XLI.

vrée. Le plus souvent cette saveur tourmente aussi les malades dans les cardio-entéralgies chroniques; quelques uns la ressentent, surtout le matin à jeun, en même temps qu'une saveur nidoreuse ou comme métallique, qui se joint à des nausées et parfois même à des vomissements pituiteux.

Accidents produits par le contact des liquides salivaires altérés dans les dyspepsies acescentes sur la muqueuse buccale et sur les dents.

2548. Le contact du liquide acide qui provient des glandes salivaires et des cryptes mucipares bucco-pharyngiennes exerce souvent une action topique appréciable sur la membrane muqueuse buccale et gingivale. Lorsque ce liquide a une saveur muqueuse, comme la dissolution de gomme, la langue est humide et ordinairement couverte d'une couche d'un blanc jaunâtre à sa base. Si ce liquide est acide, ou s'il transmet au goût une saveur comme poivrée, le bord de la langue est rouge et sa muqueuse présente les papilles érigées sous la forme de points rouges disséminés, saillants par leur couleur et leur volume insolite sur la membrane muqueuse linguale, uniformément rosée ou d'un blanc rosé. Dans quelques cas, la muqueuse linguale et buccale devient le siége de petites érosions aphtheuses produites par l'inflammation de quelques cryptes qui s'ulcèrent. Ces érosions superficielles occasionnent une douleur cuisante très vive.

2549. La membrane muqueuse gingivale, dans les cardialgies chroniques où prédomine la présence d'un fluide muqueux salivaire acide, est souvent tuméfiée, boursoufflée et d'un rouge livide. Le collet des dents s'encroûte ordinairement dans ces cas d'une matière muqueuse jaunâtre, et les dents sont érodées sur leur couronne et à leur collet, au point de présenter des sillons transversaux comme ceux que produirait l'action topique d'un acide minéral (2475). Le plus haut degré de cet état local se montre par le déchaussement des dents, leur ébranlement et enfin leur expulsion des alvéoles, dont les parois sont tuméfiées, ulcérées et véritablement suppurantes.

Action topique de la salive des enfants affectés de dyspepsies acescentes sur le mamelon des nourrices.

2550. L'action topique irritante des liquides déposés dans la bouche par la diacrise des cryptes mucipares et des glandes salivaires, se reconnaît même aux effets qu'elle produit sur le mamelon des nourrices dans la cardialgie des enfants (2416). C'est à elle qu'il faut attribuer les gerçures de la base du mamelon, et les aphthes de sa surface qui disparaissent habituellement dès que les symptômes de cardialgie cessent chez le nourrisson; ils commencent avec la maladie, qui provoque l'altération de sécrétion intrabuccale, et ils cessent avec elle. L'action irritante des liquides déposés dans la bouche de l'enfant se montre même souvent dans ces cas sur le mamelon de la nourrice, avant de se reconnaître sur la muqueuse buccale de l'enfant. Toutefois il arrive rarement que la maladie parvienne à une certaine intensité, et se prolonge pendant quelques jours, sans que la muqueuse buccale de l'enfant devienne aussi le siége d'une phlogose, caractérisée par un certain degré d'injection, une chaleur insolite, la présence de papilles gonflées disséminées sur la langue, et enfin la production de petites érosions aphtheuses.

De la distension de la vésicule du fiel par suite de la diacrise hépatique dans les dyspepsies bilieuses.

2551. L'altération de la sécrétion hépatique dans les cardialgies, et surtout dans les cardialgies bilieuses et dans les exacerbations aiguës de quelques cardialgies chroniques, ne se montre pas seulement par les vomissements et par les selles bilieuses; elle est aussi liée à tous les symptômes de la douleur et de la turgescence subinflammatoire du foie, que nous avons signalés dans une des observations cliniques que nous avons rapportées (2456). La bile sécrétée en excès par le foie s'accumule dans la vésicule du fiel et la distend. Il en résulte la présence à l'épigastre d'une tumeur circonscrite, douloureuse à la pression (2403), sous le muscle droit du côté droit, entre le bord de l'hypochondre droit et la cicatrice ombilicale. La forme comme ellipsoïdale de cette tumeur qui se prolonge supérieurement jusque sous le bord de l'hypochondre droit, son volume qui

n'excède pas celui d'un œuf, son immobilité quand on fait changer le malade de position, l'affaissement de cette tumeur par suite des vomissements et des selles bilieuses, la manifestation de l'ictère dans quelques cas de maladie intense (2404), qui arrive comme épiphénomène souvent en même temps que la présence de cette tumeur ; toutes ces circonstances démontrent suffisamment que c'est réellement à la distension de la vésicule du fiel par la bile dont la sécrétion est augmentée, ou dont l'excrétion dans le tube digestif est temporairement suspendue, que cette tumeur est due. Nous l'avons si souvent constatée que nous ne comprenons pas qu'elle ait échappé aux observations cliniques de la plupart des médecins ; F. Hoffmann est le seul qui l'ait reconnue, mais il s'est trompé en l'attribuant à la présence du pylore distendu par des gaz accumulés dans l'estomac ; il n'en a pas moins le mérite de l'avoir signalée dans des dyspepsies cardialgiques où elle s'observe en effet assez fréquemment ; chez les enfants pendant l'allaitement, et dans les attaques cardialgiques aiguës des hypochondriaques [1].

De l'altération des qualités et de la quantité de la bile dans les cardialgies bilieuses.

2552. La bile versée dans le tube digestif dans les dyspepsies cardialgiques, paraît altérée dans ses qualités autant

[1] Voici les deux passages dans lesquels F. Hoffmann a décrit cette tumeur :

« *Cardialgia jure meritoque distingui debet ab inflatione ventriculi dolorifica, quæ a flatibus mirifice stomachum distendentibus subnascitur. In hoc affectu sub costis spuriis, præsertim in sinistro latere, dolor, et sub cordis scrobiculo; versus dextrum,* tumor instar vesicæ flatu distentæ, frequentius visitur et percipitur ; *adest simul magna spirandi cum anxietate difficultas, quæ eo gravior est, quo magis diaphragma a distento stomacho, sursum urgetur et pulmonum expansioni obicem ponit,* etc. » (*Med. ratio.*, t. I, sect. I, cap. III, § XXVIII.)

« *Non parum quoque refert discrimina et signa nosse quibus cardialgia flatulenta a spasmodica distinguitur : in illa major spirandi juncta est difficultas atque angustia, eo quod ventriculus inflatus, liberum diaphragmatis descensum, qualis ad faciliorem spiritum trahendum summe necessarius est, intercipiat : dein* tumor frequentius ad sensum sat manifestus, instar ovi in scrobiculo cordis ad dextrum latus inclinans observatur, *dum pylorus*

que dans sa quantité ; l'on est au moins fondé à le penser quand on remarque que la présence de ce liquide en excès dans le tube digestif détermine des douleurs brûlantes et déchirantes, qui sont les prodromes des vomissements bilieux, et des douleurs de coliques érodantes qui précèdent les selles bilieuses.

Symptômes du flux bilieux dans les dyspepsies cardialgiques bilieuses.

2553. Les flux bilieux cardialgiques ne sont pas continus; ils reviennent comme par paroxysmes qui durent depuis quelques heures jusqu'à trois ou quatre jours. Les douleurs cardialgiques sont au plus haut degré dans ces paroxysmes ; elles s'accompagnent d'une anorexie complète, d'une extrême anxiété précordiale, de la sécheresse de la bouche, d'un sentiment de faiblesse et de frisson aux extrémités, d'une chaleur ardente à l'épigastre ou autour de l'ombilic [1]; elles sont accompagnées de nausées et même de vomissements et de selles de bile d'un jaune verdâtre, quelquefois noirâtre, ordinairement peu abondantes. Ces excrétions sont toujours suivies d'un brisement extrême des forces (2540) et d'un découragement moral excessif; le plus souvent le malade éprouve en même temps des crampes, des spasmes dans les membres. C'est particulièrement sous l'influence de ces cruelles souffrances que les hypochondriaques tombent dans la propension au suicide. Ces excré-

» *inflato ventriculo semper attollitur : præter hæc ructuum adsit frequentia,* » *quibus ex ore prodeuntibus, dolor nonnihil levari incipit : denique post* » *cibum, præsertim qui inflat, assumptum dolor ingravescere soleat.* » (*Med. ratio.*, t. II, part. III, sect. II, cap. II, § V; ad caput *de Dolore cardialgico spasmo dicoet flatulento.*

Nous sommes convaincu que cette tumeur cystique, jointe aux douleurs cardialgiques, aux vomissements bilieux, et surtout à l'ictère, a souvent été attribuée à la présence de calculs biliaires dans la vésicule, dans des cas où elle n'était en réalité que le résultat de la stase temporaire de la bile dans ce réservoir ; il nous paraît aussi probable que la disparition souvent très rapide de cette tumeur sous l'influence de certains médicaments stimulants, tels que l'éther et l'essence de térébenthine, est la cause qui a fait attribuer à ces médicaments la propriété spéciale qu'ils n'ont pas, de dissoudre ou d'évacuer des calculs hépatiques et cystiques.

[1] F. Hoffmann, *Med. rat.*, part. II, sect. II, cap. II *In curat*, § IV.

tions bilieuses terminent ordinairement les violents paroxysmes des douleurs cardialgiques.

Ces paroxysmes de cardialgie, avec diacrise hépatique suivie de vomissements, de selles bilieuses, constituent quelquefois presque tous les accidents de la dyspepsie aiguë; le plus souvent cependant ils ne marquent que les exacerbations de la maladie dans les cardialgies chroniques, et surtout dans les cardialgies hypochondriaques.

Causes accessoires qui provoquent les accès épiphénoméniques de diacrise hépatique.

2554. La manifestation de la diacrise bilieuse se produit assez souvent dans les dyspepsies aiguës ou chroniques à l'occasion des mouvements musculaires qu'exige la marche, sous l'influence des ébranlements mécaniques qui résultent du mouvement communiqué par les secousses d'une voiture trop rude ou des pas du cheval [1]. Van-Swieten a rapporté une observation sur un malade chez lequel les évacuations bilieuses précédées de nausées, de vertiges, d'une aversion complète pour les aliments, étaient déterminées par des frictions faites avec des linges chauds pénétrés de vapeurs de succin sur la région de la vésicule du fiel [2]. Les ébranlements moraux, le jeûne trop prolongé [3], les moindres contrariétés, qui se multiplient facilement dans l'état d'irritabilité morale où tombent ces malades, aggravent ou reproduisent ces accidents.

2555. Ces accès de diacrise bilieuse cardialgique sont assez souvent accompagnés d'ictère (2404), le plus souvent peu marqué et seulement évident par une teinte légèrement safranée des conjonctives; quelquefois, cependant, l'ictère devient très prononcé, au point que tous les téguments sont d'un jaune safran et que les urines ont une couleur

[1] Amatus Lusitanus, *cent.* I, *curat.* 72.

[2] *Comm. ad. Boerh. aph.* § 542.

[3] Forestus a rapporté l'histoire de la maladie de son frère qui était pris de cardialgie avec vomissement de bile et de défaillances dès qu'il éprouvait les secousses d'une voiture, ou qu'il se livrait à un violent exercice, ou lorsqu'il prolongeait trop le jeûne. (*Obs. et curat. med.*, obs. 4.)

rouge foncé. Cet ictère persiste rarement plus de deux ou trois jours, après que le paroxysme cardialgique s'est jugé par les vomissements ou les selles bilieuses ; dans quelques cas le paroxysme est déjà terminé quand l'ictère se montre, pour cesser lui-même au bout d'un jour ou deux. Camerarius a rapporté l'histoire d'une cardialgie où les violentes douleurs d'estomac allaient jusqu'à la lipothymie, et cessaient dès que l'ictère se produisait [1].

Influence de la dyspepsie acescente sur l'altération des urines.

2556. Les altérations de quantité et de qualités des urines sont des symptômes habituels des dyspepsies cardialgiques qui se montrent tantôt d'une manière continue, tantôt seulement par intervalles. Ces excrétions anomales sont le résultat évident d'un trouble dans les fonctions des reins, qui se rattache à la maladie gastro-intestinale.

2557. C'était une opinion admise chez les anciens, comme on peut le voir surtout par les écrits de Galien [2] et par les livres d'Actuarius [3], qu'il existe une connexion nécessaire entre les dérangements des fonctions digestives qui déterminent des modifications dans les sucs nutritifs et l'altération de la sécrétion des reins qui produit des changements dans la quantité et les qualités des urines. Baillou, frappé des altérations observées dans l'urine, particulièrement chez les filles affectées de dyspepsie chlorotique qui rendent en abondance des urines aqueuses ou blanches et comme laiteuses, expliquait les modifications de la sécrétion des reins par l'imperfection des digestions et par le trouble fonctionnel des veines mésaraïques [4]. J. Rhodius [5], qui se livra à des recherches spéciales sur l'altération des urines dans les maladies, a rapporté une observation sur un pharmacien affecté d'une cardialgie avec une grande gène de la res-

[1] *Apud* J. Schenchium, *Obs. med.*, lib. III, p. I, obs. 90.

[2] *Comment. in lib.* VI Epid. hip., part. XIV, sect. V.

[3] *De causa urinarum,* lib. II, et *De providentia ex urinis,* lib. II.

[4] *In lib. de urinarum hypostasi,* p. 274. Ed. Tronchin.

[5] F. Rhodii, *obs. med. cent. tres,* cent. 2, obs. 70. Patavii, 1657.

piration, qui fut guéri en vingt-quatre heures, après avoir rendu par les urines une très grande quantité de sérosité. T. Bartholin signala la manifestation d'urines abondantes à la fin des paroxysmes cardialgiques qui survenaient la nuit, de deux jours l'un, chez sa propre fille [1]. Lister, dans ses dissertations sur le diabète, attribuait la production des urines claires et blanches, et des urines avec hypostase briquetée, aux dérangements qui se produisent dans la coction des aliments dans le tube digestif par les maladies inflammatoires ou seulement par les troubles fonctionnels de l'appareil gastro-intestinal [2]. T. Willis, plus précis dans ses observations, rattachait explicitement les altérations des urines à l'ensemble des symptômes des dyspepsies : « la dé-
» coloration des urines indique la crudité. Sur l'aspect de
» ces urines on peut deviner que le malade éprouve de
» la pesanteur à l'estomac, qu'il a de l'inappétence et de la
» dyspepsie, de la tension aux hypochondres, de l'inapti-
» tude au mouvement, de la somnolence, de la difficulté à
» respirer ; qu'il a des palpitations quand il se livre au
» mouvement ; que les téguments sont décolorés ; que les
» pieds et l'abdomen sont tuméfiés ; on peut dire que le
» malade est exposé à tomber ou même est déjà tombé
» dans la cachexie ou l'hydropisie ; et si c'est une fille,
» qu'elle peut être affectée de pica ou de malacia [3]. »

F. Hoffmann indiquait la manifestation d'urines blanches comme le prodrome des paroxysmes hystériques ou hypochondriaques dans les maladies flatulentes de l'estomac [4]. L'expérience clinique l'avait souvent mis à même de reconnaître que des urines, légères, pellucides comme de l'eau,

[1] T. Bartholin, *Hist. anat. rar.*, cent. 3, his. 50.

[2] *Exercit. med. De diabete* ad finem t. II, op. med. Rich. Newton. Lugduni, 1727, p. 27.

[3] Th. Willis, *Op. de urinis*, cap. VI, p. 168, in-4°. Amstel., 1682.

[4] *Med. rat. syst.*, t. I, sect. I, cap. V, § XXIX, p. 315.

sont rendues dans les attaques violentes de cardialgies hystériques et hypochondriaques [1].

Toutes ces observations manquent de la précision qu'on exige aujourd'hui ; elles n'en prouvent pas moins que l'altération des sécrétions urinaires a été signalée depuis longtemps comme symptôme des maladies dont la principale condition morbide est la perturbation des fonctions digestives, ou au moins comme phénomène des exacerbations des accidents dyspepsiques. Un seul médecin moderne, Copland, dans la description qu'il a tracée de la cardialgie sous le nom d'*indigestion*, a cherché à préciser davantage les altérations de la sécretion des reins par l'indication des modifications qu'elles apportent à la composition de l'urine ; il dit « que lorsque dans cette maladie l'acidité prédomine » dans l'estomac et le canal digestif, ou lorsque la sécrétion » acide ordinaire de la peau est supprimée, l'urine dépose » une substance rougeâtre formée d'acide lithique : que » lorsque l'état alcalin est établi dans l'estomac, ou que » les fonctions de la peau sont altérées, l'urine devient » trouble et blanchâtre, ou avec un sédiment comme pul- » vérulent, consistant en lithate d'ammoniaque ou dans » un composé de phosphate et de lithate ; dans quelques » cas de dyspepsie, l'urine occasionne une cuisson à son » passage, qui indique la surabondance de l'urée. » Il invoque les observations de Proust « qui a vu dans un ou » deux cas de dyspepsie opiniâtre l'urine rendue avec » une couleur violette qu'elle a conservée en se refroidis- » sant sans déposer aucun sédiment, Proust attribuait » cette couleur à la présence d'une grande quantité de pur- » purate d'ammoniaque [2]. »

[De l'altération des urines dans les dyspepsies cardialgiques.

2558. Nous n'avons presque pas rencontré de dyspepsie cardialgique aiguë ou chronique, dans le cours de laquelle, lorsque nous avons pu donner à nos investigations

[1] *Ib.*, cap. XIV, § XII, p. 377.

[2] Copland's, *medicinal Dictionary*; part. V, p. 329, § 16.

la direction et la durée convenables, nous n'ayons constaté des changements très prononcés dans les quantités ou les qualités des urines.

2559. Dans les dyspepsies aiguës, et surtout dans les cardialgies bilieuses, pendant tout le temps que les douleurs gastriques persistent avec intensité, et surtout lorsqu'elles coïncident avec des nausées, des vomissements ou des coliques, ou des selles liquides muqueuses ou bilieuses, les urines sont quelquefois si peu abondantes que leur sécrétion est presque supprimée. La miction se renouvelle souvent et s'accompagne de chaleur et d'ardeur au canal de l'urèthre. La quantité des boissons exerce peu d'influence sur cette diminution de la sécrétion urinaire. Les urines rendues en petite quantité sont ordinairement crues, d'une couleur jaune assez foncée ; elles ont peu d'odeur, elles s'altèrent facilement à l'air et se troublent en répandant une odeur ammoniacale.

Dans les cardialgies bilieuses qui se produisent avec une teinte ictérique de la peau (2404, 2555), les urines ont toujours une couleur safranée, qui se manifeste quelquefois dans ce liquide avant l'invasion des accidents bilieux, persiste toujours pendant leur durée, et même durant un jour ou deux après qu'ils ont cessé.

2560. L'invasion des cardialgies aiguës et l'imminence des paroxysmes sont souvent précédées d'urines aqueuses assez abondantes, qui se suspendent ou diminuent dès que la maladie est confirmée. Lorsque ensuite les accidents aigus décroissent, les excrétions urinaires deviennent plus abondantes. Ce changement ne s'établit le plus souvent pas immédiatement, ce n'est dans la plupart des cas qu'au bout d'une demi-journée au moins après la cessation des vives douleurs cardialgiques, des nausées, des vomissements et des coliques, que la plus grande activité de la sécrétion rénale s'annonce par un véritable flux d'urine qui excède presque toujours pendant deux ou trois jours

la quantité des boissons et des aliments liquides ingérés. Lorsqu'il n'y a que diminution ou intermission temporaire des symptômes cardialgiques proprement dits, la suppression plus ou moins complète des urines persiste et les malades continuent à se plaindre de l'ardeur qu'elles occasionnent dans le canal de l'urèthre; les urines restent alors crues et d'un jaune foncé.

Nous avons plusieurs fois remarqué que les urines rendues pendant l'intermission des douleurs cardialgiques aiguës, étaient troubles et d'un jaune grisâtre, et présentaient dès qu'elles étaient refroidies, une matière d'aspect muqueux comme floconneuse, nageant dans leur milieu ou descendant au fond du vase sans se séparer tout à fait du liquide. De semblables urines sont aussi assez fréquemment rendues après les paroxysmes ou au déclin définitif des cardialgies aiguës. Les cas dans lesquels les urines laissent déposer une matière comme pulvérulente rougeâtre par le refroidissement ne s'observent que rarement; nous n'avons vu ces urines que dans les intervalles ou après la terminaison des vives douleurs cardialgiques.

Influence de l'altération de la sécrétion des reins sur les accidents des dyspepsies acescentes aiguës et chroniques.

2561. Ces phénomènes, qui indiquent évidemment l'altération de sécrétion des reins symptômatique des cardialgies, ne nous ont jamais semblé par eux-mêmes motiver la production d'aucun accident spécial de la dyspepsie cardialgique; il n'en est pas de même dans les cardialgies chroniques.

2562. Les altérations de la sécrétion urinaire dans les dyspepsies acescentes chroniques, et surtout dans les cardialgies hypochondriaques sont constantes; elles se modifient dans les exacerbations aiguës de ces maladies.

Presque tous les malades affectés de dyspepsie cardialgique chronique urinent très abondamment, surtout pendant la nuit. Cette abondance d'urine est telle, que la miction expulse chaque jour une quantité plus grande de

liquide qu'il n'en est introduit par les boissons et les aliments; il n'est pas très rare que la quantité d'urine soit double de celle des boissons ingérées. Cette déperdition urinaire colliquative est surtout un des symptômes les plus prononcés des dyspepsies acescentes chroniques, dont les accidents nerveux sont intenses; elle est fréquente dans les cardialgies chlorotiques, hystériques et hypochondriaques; nous l'avons aussi observée dans de graves dyspepsies des femmes grosses. C'est en partie à cette diacrise urinaire qu'on doit attribuer l'amaigrissement, la faiblesse, le sentiment de froid général, la sécheresse habituelle de la peau, la difficulté de réagir contre le froid de l'atmosphère, qu'éprouvent la plupart de ceux qui ont des cardialgies chroniques (2609).

Lorsque les exacerbations des accidents cardialgiques se préparent dans les dyspepsies acescentes chroniques, les urines deviennent plus abondantes, si bien que plusieurs malades prévoient eux-mêmes l'imminence de l'exacerbation par l'augmentation des urines. Dès que l'exacerbation est arrivée, les excrétions urinaires deviennent ordinairement rares et peu abondantes, quelquefois même elles se suspendent tout à fait; lorsqu'elle diminue, l'abondance des urines se rétablit et devient même temporairement plus grande que celle qui est habituelle au malade (2614).

Qualités des urines excrétées dans les dyspepsies acescentes chroniques.

2563. Les urines rendues ainsi en excès dans les dyspepsies cardialgiques chroniques, sont presque toujours incolores et limpides; elles se putréfient lentement; elles ne laissent déposer aucun sédiment; tout au plus remarque-t-on au milieu d'elles, quand elles sont refroidies, un énéorème muqueux qui ne se dépose pas au fond du vase.

Nous avons quelquefois observé après les exacerbations des cardialgies chroniques, surtout chez des femmes hystériques, des urines jaunes et même rougeâtres, habituellement peu abondantes, qui déposent un sédiment briqueté.

L'excrétion de ces urines est accompagnée d'ardeur au col de la vessie.

Du dépôt d'une matière d'apparence spermatique dans les urines.

2564. Dans quelques cardialgies chroniques, accompagnées d'une extrême débilité, et qui ont déterminé une émaciation considérable, les urines rendues dans la nuit ou à la fin des exacerbations, contiennent une matière muqueuse filante, semblable à du sperme. Cette matière, qui se dépose au fond du liquide urineux sans s'en séparer complètement dès qu'il commence à se refroidir, provient probablement des cryptes mucipares du col de la vessie, ou de la prostate et des glandes de Cowper (2431, 2579); elle n'a cependant pas cette dernière origine dans tous les cas, puisqu'elle se rencontre dans les urines des femmes. Cette matière peut aussi provenir de l'altération de la sécrétion des reins. A considérer la débilité extrême où tombent les malades qui ont de telles excrétions urinaires, et les progrès que fait cette débilité d'un jour à l'autre, pendant les deux ou trois jours de la persistance habituelle de ces excrétions, après les exacerbations cardialgiques hypochondriaques, nous n'hésitons pas à les considérer comme une cause puissante de colliquation.

Rapports de la diurèse colliquative avec la soif.

2565. La diurèse colliquative des dyspepsies cardialgiques chroniques n'est pas habituellement liée à la présence de la soif; il est même quelques malades chez lesquels elle existe avec une répugnance prononcée à prendre des boissons, occasionnée surtout par le sentiment de douleur gravative et de distension à l'estomac que produit l'ingestion des liquides.

Chez les cardialgiques qui ont de la polydipsie (2515), les urines sont aqueuses et rarement plus abondantes que les boissons ingérées; aussi est-il rare que ces malades tombent dans les accidents de débilité et d'émaciation qui surviennent toujours chez ceux qui ont des urines colliquatives.

Influence de la qualité des bois-

2566. Les urines colliquatives surviennent souvent chez

les cardialgiques que l'on soumet intempestivement à l'usage des eaux alcalines minérales ; elles sont aussi souvent le résultat d'un régime végétal trop débilitant, principalement composé d'aliments féculents et sucrés. Lister a signalé ces sortes de diabètes accidentels par des observations sur les fâcheux effets des eaux minérales salines et acidules, administrées sans mesure pour remédier à des dyspepsies chroniques. Dans ces cas où les déperditions exagérées d'urines sont le résultat d'un régime mal approprié à la maladie, la diurèse colliquative ne peut être considérée comme un phénomène réel de la cardialgie chronique ; elle n'en est que l'effet indirect ; elle n'en constitue pas moins un accident grave dont il faut que le médecin se préoccupe pour déterminer la médication convenable.

sons sur la production des urines colliquatives.

Variations de l'activité de la sécrétion des reins dans les dyspepsies acescentes.

2567. Les dérangements dans la sécrétion des urines comme phénomènes des dyspepsies cardialgiques, varient dans de larges limites, chez les différents sujets affectés, et même à différents instants du jour et de la nuit, et suivant les variations d'intensité et de formes des accidents morbides, chez le même malade. Ces variations faciles, rapides et fréquentes, sont en quelque sorte le caractère de tous les phénomènes des cardialgies ; elles se conçoivent encore mieux pour les dérangements des sécrétions et des excrétions urinaires que pour les autres troubles fonctionnels, parce qu'il n'est aucune fonction plus variable à l'état physiologique, comme à l'état morbide, que celle des organes sécréteurs de l'urine [1].

Caractères physiques et chimiques des urines excrétées dans les dyspepsies cardialgiques.

2568. Nous avons plusieurs fois cherché à déterminer par les moyens les plus simples de la chimie, les caractères

[1] Les variations de quantité et de qualité des urines dans les maladies peuvent être en partie déterminées par les conditions de l'état physiologique, par suite desquelles ce liquide varie de quantité et de qualité aux différents instants du jour et de la nuit. La sécrétion urinaire augmente toujours, dans l'état de maladie comme dans l'état de santé, dans la dernière moitié de la nuit. Cet accroissement, selon les recherches de Keill et de Lining (cités par Burdach, *Phys.*, *trad. française*, t. v, p. 241, et t. viii, p. 185.), persiste

physiques les plus saillants des liquides urinaires excrétés par des malades affectés de dyspepsies cardialgiques.

Les urines rendues en petite quantité dans les cardialgies aiguës, et surtout dans les cardialgies bilieuses, ou qui laissent déposer un sédiment rouge et briqueté, ou qui produisent de l'ardeur au canal de l'urèthre et au col de la vessie, sont acides. Ces urines se corrompent promptement et dégagent une odeur ammoniacale pénétrante. Les urines blanches et aqueuses qui sont rendues à la fin des exacerbations des accidents dyspepsiques, n'ont qu'une action faible et quelquefois nulle sur le papier de tournesol; les urines colliquatives habituelles le rougissent ordinairement à un léger degré. Nous n'avons point obtenu dans ces urines, même lorsqu'elles contiennent des matières muqueuses qui s'accumulent au fond du vase, de précipité d'apparence albumineuse, ni par l'acide nitrique, ni par l'ébullition.

Les urines des cardialgiques qui sont soumis à l'administration des boissons alcalines ou des bains alcalins, deviennent alcalines au bout de quelques jours de cette médication; mais elles cessent de ramener au bleu de papier de tournesol rougi par un acide dès qu'on l'interrompt, seulement pendant deux ou trois jours. Nous avons vu des malades chez lesquels l'usage des eaux alcalines, administrées avec abondance même depuis plusieurs semaines, ne rendait pas les urines alcalines, tandis que, dans l'état de santé, il suffit de quelques jours de l'administration de ces moyens pour faire perdre aux urines leur acidité.

**Insuffisance et incertitude des recherches chimiques sur l'urine.**

2569. Nous n'avons fait ces essais que sur un petit nombre de malades, et nous ne les avons suivis chez aucun pendant toute la durée et à toutes les périodes, et pendant tous les

jusque vers le milieu du jour. Gregory a constaté que la pesanteur spécifique de l'urine dans l'état de santé, tantôt augmente de 1023 à 1030 du matin au soir, ou bien diminue de 1026 à 1023 dans le même intervalle de temps chez d'autres individus également bien portants. Ces variations dans les qualités de l'urine se retrouvent à des degrés variables dans les maladies.

accidents habituels et insolites de la maladie, comme il faudrait le faire pour qu'on puisse en déduire autre chose qu'un résultat très général qui ne peut conduire à aucun corollaire de quelque importance. Nous ne croyons d'ailleurs pas que dans l'état actuel de la science on puisse arriver à obtenir des données précises et utiles de recherches chimiques sur l'urine, surtout dans les maladies qui n'affectent pas directement les reins. Il y a trop de causes inconnues, étrangères aux états morbides, qui peuvent faire varier ce liquide excrémentitiel; la nature des conditions pathologiques sous l'influence desquelles il subit des changements évidents, quoique inappréciables dans leur essence, est trop cachée; les moyens chimiques sont trop incertains et leur application trop difficile; c'est enfin trop évidemment dans les conditions de vitalité des organes que se trouve la cause essentielle des phénomènes matériels qui se produisent dans les maladies pour qu'il soit possible d'instituer des recherches chimiques, de manière à tenir compte de tous les éléments des résultats, comme il faudrait le faire pour connaître exactement leurs rapports avec les conditions de la maladie.

Des variations des excrétions sudorales symptômatiques des dyspepsies acescentes.

2570. Celse a placé la manifestation des sueurs abondantes parmi les symptômes des cardialgies; il rapporte principalement cet accident aux formes de ces maladies, qui consistent surtout dans la langueur des fonctions de l'estomac, jointe à un état général de faiblesse; « le pouls » est alors petit et faible, une sueur insolite coule de toute » la poitrine et du cou et même de la tête, tandis que les » pieds et les jambes restent froides et sèches[1]. »

2571. Dans la plupart des dyspepsies acescentes, les fonctions perspiratoires de la peau sont diminuées et même tout à fait supprimées. C'est surtout dans les cardialgies chroniques et hypochondriaques que cette suppression des exhalations tégumentaires se remarque à la sécheresse habi-

[1] *De Re medica*, lib. III, cap. 19.

tuelle de la peau, que les malades eux-mêmes signalent à l'attention du médecin ; dans quelques cas de ces maladies, la suppression de la sécrétion des cryptes sébacées coïncide avec celle des exhalants sudoraux ; c'est alors que l'épiderme desséché et devenu pour ainsi dire friable, se fendille et se détache en furfures. Lorsque ce symptôme est porté à ce haut degré, la peau est pâle, blafarde, sa surface est sale, le malade se plaint souvent d'un sentiment de douleur pongitive légère ou de cuissons à la peau (2427, 2591), surtout pendant la nuit. Ces symptômes ne s'observent à ce degré que dans les cas où la cardialgie chronique a déterminé par sa persistance un état général de cachexie très prononcé (2609).

2572. La diaphorèse survient quelquefois dans les cardialgies aiguës au déclin des violents paroxysmes de douleurs gastriques et intestinales qui les caractérisent ; elle se produit aussi à la fin des accès de douleurs, des exacerbations aiguës des accidents des cardialgies chroniques, surtout dans celles de ces maladies qui sont spécialement constituées par le trouble des sécrétions hépatiques. Cette sueur est alors générale sur le corps et sur les membres; elle est chaude ; elle indique la fin du paroxysme de l'exacerbation des accidents. Ce phénomène a été signalé avec ces caractères par F. Hoffmann[1] ; il est surtout remarquable par opposition à l'état d'horripilation et de froid général dans lequel se trouvent les malades pendant le cours de l'accès.

Nous avons observé cet accident dans quelques cardialgies survenues après des fièvres intermittentes chroniques, où la sueur revient par accès périodiques qui sont comme des vestiges des accès de fièvre qui ont précédé.

2573. Pendant la violence des douleurs cardialgiques et entéralgiques des cardialgies aiguës ou des paroxysmes des cardialgies bilieuses ou des cardialgies chroniques et hypo-

[1] *Med. rat. syst.*, t. II, part. II, sect. II, cap. II, § XXII.

chondriaques, lorsque les accidents sont portés au point de jeter les malades dans un état voisin de la lipothymie; on voit quelquefois se manifester une sueur froide sur les tempes, au cou et sur les côtés de la poitrine; cette sueur passive analogue à celle qui succède à la syncope, est accompagnée d'un état de malaise et d'anxiété des plus pénibles[1].

2574. Lorsque la transpiration insensible, et surtout la diaphorèse générale se manifestent d'une manière continue dans les dyspepsies acescentes aiguës ou chroniques, il en résulte un état général de bien-être que les malades signalent d'autant plus qu'il contraste avec l'état de sécheresse de la peau, et le sentiment de froid éprouvé même dans les saisons chaudes, qu'ils remarquaient eux-mêmes pendant l'intensité de leur maladie. On peut considérer cet état général de diaphorèse active comme un phénomène inhérent au déclin et à la prochaine terminaison de la maladie.

De la leucorrhée dans les dyspepsies acescentes.

2575. La plupart des femmes qui sont affectées de dyspepsie cardialgique chronique, ont une leucorrhée plus ou moins abondante caractérisée par un flux vaginal de mucosités blanchâtres, sans chaleur ni gonflement de la muqueuse. Ce flux leucorrhoïque survient aussi, mais beaucoup plus rarement, dans les dyspepsies acescentes aiguës; il est toujours si étroitement lié aux accidents de la cardialgie, qu'il augmente avec les exacerbations des douleurs gastriques et gastro-intestinales, et qu'il ne se manifeste

[1] Les auteurs ont signalé la manifestation de ces sueurs passives dans les dyspepsies cardialgiques aiguës; on en peut trouver un exemple dans le cas d'une violente cardialgie bilieuse qui dura trois ans, dont S. Holdefreind a publié la relation (*Erzælungen merkwürdiger Krankengeschichte*, 6*te Krankenges.*, p. 32 *et sqq.*); tel était aussi le cas d'une violente dyspepsie acescente chronique, que J. A. Goeritzi a observée sur un homme de soixante-cinq ans, chez lequel les accès se manifestaient après les repas par les plus vives douleurs cardialgiques, avec émission de flatuosités et vomissements des matières acides (Büchner, *Miscell. phys. med. math.* A. 1729 Jul. cl. 4, art. 7, p. 454.).

même chez un assez grand nombre de malades que pendant ces exacerbations.

2576. Les femmes ainsi affectées de leucorrhée et de dyspepsie acescente attribuent les accidents qu'elles éprouvent du côté des voies digestives, à la présence des flueurs blanches; quelques médecins ont adopté cette manière d'expliquer la maladie. Ce qui lui donne une apparence de fondement, c'est que les organes digestifs sont en réalité dérangés dans leurs fonctions, et manifestent des symptômes de dyspepsie dans les maladies chroniques de l'utérus et de ses annexes, dont les flueurs blanches sont un symptôme habituel. L'influence exercée sur les fonctions digestives par les affections utérines, se voit aussi dans les accidents qui surviennent vers le tube digestif par le fait de la grossesse (2445). Nous ne pouvons cependant admettre que la leucorrhée qui survient pendant le cours des cardialgies aiguës provoquées par l'ingestion d'aliments de mauvaise qualité, ou qui se manifeste chez les chlorotiques, de qui les fonctions digestives sont évidemment détériorées avant que la leucorrhée survienne, ou enfin qui se reproduit à chaque exacerbation des accidents cardialgiques provoquée souvent par des aliments mal choisis pour la susceptibilité de l'estomac, soit autre chose qu'un phénomène secondaire de la dyspepsie cardialgique.

La leucorrhée qu'on voit ordinairement chez les femmes qui ont une dyspepsie acescente chronique qui a déterminé un état général cachectique, est moins le symptôme direct de la maladie de l'estomac que celui de l'état général que cette maladie a fait naître en détériorant la nutrition; elle n'en est pas moins subordonnée à la dyspepsie chronique, elle en suit les différentes phases, et elle se termine habituellement par la cessation de la maladie gastro-intestinale et de l'état général qu'elle a provoqué.

2577. L'inertie des organes génitaux est un sym-

ptôme presque constant dans les dyspepsies chroniques (2464); elle est portée à un tel degré dans quelques dyspepsies hypochondriaques, que l'érection est imparfaite, que les appétits vénériens sont éteints, et que les malades ne peuvent consommer le coït. M. Barras a vu des cas de cardialgie hypochondriaque où les organes génitaux étaient, au contraire, dans un état habituel d'excitation[1]. Dans les cinq cas exceptionnels qu'il a observés, ce praticien a remarqué trois fois que l'excitation morbide des organes génitaux est devenue plus fréquente et plus vive dans la convalescence[2]. Nous présumons que ces cas exceptionnels appartenaient à des cardialgies symptômatiques de maladie des organes génito-urinaires qui ne sont pas très rares en pratique.

De l'inertie des organes génitaux épiphénoménique des dyspepsies acescentes.

2578. L'état d'inertie des organes génitaux coïncide habituellement chez les femmes affectées de dyspepsie chronique avec les flueurs blanches abondantes; il se caractérise non seulement par l'absence de tout désir vénérien, mais même par une véritable répugnance pour les devoirs au mariage. Cette répugnance affecte vivement les femmes hypochondriaques, si accessibles à concevoir des inquiétudes, exagérées par la crainte qu'elle leur inspire sur leurs relations conjugales.

De la gonorrhée dans les dyspepsies acescentes chroniques.

2579. Les hommes affectés de cardialgie chronique avec l'inertie des organes génitaux, éprouvent souvent une sorte de gonorrhée indolente par laquelle ils perdent une quantité plus ou moins considérable de fluide muqueux, surtout lorsqu'ils font des efforts de défécation, et dans l'excrétion des urines (2431, 2564). Ce fluide rejeté par l'urèthre, nage dans l'urine sous la forme d'une matière blanche visqueuse, qui descend lentement au fond du vase sans se dissoudre dans l'urine. C'est probablement le produit de la sécrétion de la prostate et des glandes de Cowper; il est

[1] *Traité sur les gastral.*, etc., t. II, p. 70.

[2] *Traité sur les gastral. et les entéral.*, t. 1er, p. 393.

toutefois difficile au seul aspect de le distinguer du sperme, que quelques uns de ces malades perdent également dans des pollutions nocturnes qui surviennent sans turgescence, ou avec une turgescence incomplète des organes génitaux [1]. La seule différence qu'il y ait entre ces deux modes de déperdition, c'est que, dans les pollutions nocturnes, les malades sont avertis par la sensation qu'ils éprouvent du passage du sperme dans l'urèthre, et que les déperditions de matières muqueuses, soit continues, soit ne revenant qu'avec les efforts de la miction ou de la défécation, arrivent sans provoquer aucune impression sensitive. Presque tous les malades chez lesquels nous avons observé ces déperditions, étaient dans un état de débilité et d'émaciation considérables.

(*D*) Des accidents nerveux symptômatiques des dyspepsies cardialgiques.

Des accidents nerveux qui se produisent comme phénomènes des dyspepsies acescentes.

2580. L'influence exercée sur le système nerveux par les dyspepsies acescentes, est si grande qu'il n'est peut-être pas de maladies qui déterminent des accidents nerveux plus nombreux et plus variés, et que la forme la plus rare des cardialgies est celle qui se montre sans autres phénomènes nerveux, que ceux qui expriment immédiatement la souffrance ou le trouble fonctionnel du tube digestif.

Pour mettre de l'ordre dans l'exposition de ces symptômes et pour signaler en même temps leur plus grande fréquence, nous parlerons d'abord des douleurs nerveuses, ensuite des spasmes, puis des troubles nerveux des fonctions sensoriales, et enfin des désordres intellectuels.

Des douleurs cardialgiques considérées comme symptômes des dyspepsies acescentes.

2581. Les douleurs cardialgiques proprement dites, qui se font sentir à l'épigastre, ou vers la région ombilicale, ou vers les flancs, et qui irradient de ces points vers les parois antérieures ou postérieures du ventre, sont des symptômes immédiats de la souffrance des organes digestifs; nous les avons considérées sous ce point de vue

[1] Mercurialis; *de cap. affect.*, lib. 1, cap. 10.

(2492 *et sqq.*), il nous suffit de les rappeler ici, parce qu'elles se lient comme phénomènes coïncidents ou alternatifs avec les douleurs qui surviennent sur des parties éloignées dans les cardialgies et les cardio-entéralgies.

**De la céphalalgie symptomatique des dyspepsies acescentes.**

2582. La douleur le plus fréquemment observée comme symptôme indirect des dyspepsies acescentes, c'est la céphalalgie : cette douleur occupe ordinairement la région frontale, elle s'étend quelquefois à tout le pourtour de la tête, elle fait éprouver au malade comme la sensation d'une compression qui s'exercerait sur les régions temporales ou autour de la base du crâne. Cette douleur est le plus souvent continue, avec des exacerbations lancinantes comme celles des douleurs névralgiques; elle se fait particulièrement sentir après les repas, lors même que la région de l'estomac n'est le siège que d'une sensation d'anxiété, ou d'une douleur gravative obtuses.

2583. La céphalalgie coïncide souvent dans les cardialgies bilieuses avec les nausées et les vomissements, et quelquefois dans les cardio-entéralgies, avec les coliques et les évacuations diarrhéiques. Elle se montrait ainsi chez une femme de cinquante-sept ans, affectée de cardio-entéralgie chronique, dont Tillingius a conservé l'histoire [1]. Les vomissements et les évacuations alvines font souvent disparaître immédiatement la douleur céphalalgique qui se montre ordinairement alors comme le prodrome de ces évacuations morbides. Quelquefois, comme F. Hoffmann l'a remarqué, la céphalalgie hémicranienne alterne avec la douleur érodante ou brûlante cardialgique [2], mais dans la plupart des cas, elle coïncide avec une susceptibilité plus grande des organes digestifs, ou avec les exacerbations des douleurs gastro-intestinales (2494), ou elle se montre en même temps que des douleurs plus ou moins vives à l'épigastre, ou vers l'un ou l'autre hypochondre. Pendant les paroxysmes

[1] *Obs. med. sing., circa verum usum therm. Carolin.* Obs. 33, p. 61.

[2] *Med. ratio. system.*, p. II, sect. II, cap. II, § XXI; t. II, p. 260.

cardialgiques d'un homme de quarante ans, affecté de dyspepsie acescente chronique, observé par H. F. Teichmeyer, la douleur céphalalgique fixe et opiniâtre se produisait avec une vive douleur gravative à l'hypochondre droit[1].

2584. Dans la plupart des cardialgies aiguës, la douleur céphalalgique persiste pendant toute la durée de la maladie ; plus vive lorsque les accidents cardialgiques prennent plus d'intensité, plus obtuse quand ils cessent sans cependant disparaître tout à fait; elle ne cesse le plus souvent qu'après la convalescence confirmée.

Dans les dyspepsies acescentes chroniques, la céphalalgie est rarement continue; lorsqu'elle a ce caractère, elle persiste comme une douleur obtuse qui devient vive, le plus souvent vers le matin et se trouve à un plus haut degré d'intensité quelques heures après le réveil. Dans le plus grand nombre des cas, elle revient par accès, comme une affection périodique (2614). Ses paroxysmes ont une durée rarement moindre d'un jour; le plus souvent ils durent deux ou trois jours, pendant lesquels il y a encore des exacerbations dans lesquelles l'intensité de la douleur devient excessive. La céphalalgie se produit quelquefois aussi avec ces caractères dans la cardialgie des femmes grosses; elle coïncide souvent alors avec le vomissement[2].

Accidents qui surviennent avec la céphalalgie dans les dyspepsies acescentes.

2585. Pendant la durée des douleurs céphalalgiques, les malades sont dans un état général d'irritabilité extrême; ils ont quelquefois des accidents spasmodiques dans les membres. Chez les femmes irritables il survient souvent en même temps des attaques hystériques. La face est ordinairement grippée à un certain degré, les yeux comme

[1] *Dissert. de spasmo ventriculi,* auct. F. Scherffio. Jenæ, 1743.

[2] P. G. Schacher a rapporté une observation sur une dyspepsie symptômatique de la grossesse dans laquelle ce symptôme était dominant. (*Dissert. de thermarum Carolinarum usu in præcipuis ventriculi intestinorumque morbis;* auct. M. G. Richtero, § 9. Lips. 1746.)

excavés, et le regard a quelque chose d'étonné comme chez quelques aliénés au début et pendant la durée des accès de délire. Presque tous les malades en proie à ces céphalalgies cardialgiques, ont en même temps des vertiges qui rendent leur démarche mal assurée, et qui font redouter à plusieurs l'imminence de véritables attaques d'apoplexie. Lentilius a rapporté un cas de dyspepsie cardialgique aiguë, dans lequel la céphalalgie était des plus violentes et s'accompagnait d'un obscurcissement de la vue tel qu'il y avait presque cécité, avec des lipothymies qui se renouvelaient de temps en temps [1].

Le pouls présente ordinairement des altérations remarquables pendant la durée de ces accidents céphalalgiques; quelquefois il est plus fréquent que dans l'état ordinaire, souvent il devient intermittent et irrégulier; nous l'avons parfois trouvé ralenti jusqu'à ne donner que quarante-cinq à cinquante pulsations par minute.

Lorsque la céphalalgie cesse, les malades tombent dans un état d'abattement et quelquefois de somnolence. Presque toujours alors on voit survenir un flux d'urines limpides aqueuses.

**Des douleurs précordiales épiphénoméniques des dyspepsies acescentes aiguës et chroniques.**

2586. Après les douleurs cardialgiques proprement dites, et après les céphalalgies, les douleurs épiphénoméniques les plus fréquentes chez ceux qui sont affectés de dyspepsie aiguë et chronique, sont des douleurs dans les parois de la poitrine, et particulièrement à la région précordiale; le plus ordinairement vers la pointe du cœur et dans les parois de l'hypochondre gauche, et quelquefois vers la base du cœur. Cette douleur précordiale pongitive, accompagnée d'anxiété, donne souvent aux malades la sensation comme d'une piqûre du cœur [2]; elle s'étend souvent, dans la plupart

[1] *Eteodr.*, *Med. pract.*, p. 509.

[2] Comparetti a publié un cas dans lequel le symptôme dominant de la cardialgie chronique était cette douleur vive dans le côté gauche de la poitrine, comme si le cœur eût été piqué, resserré et comprimé. (Obs. citée par M. Barras; *Traité sur les gastralgies*, t. II, obs. X, p. 27.)

des cas pendant les exacerbations de la maladie, à toute la partie antérieure de la poitrine.

D'autres fois c'est à la région xyphoïdienne que la douleur prend naissance, soit pour irradier de là vers les hypochondres ou pour remonter sur le trajet du sternum jusqu'au larynx et vers le pharynx, où le malade éprouve alors une constriction spasmodique qui gène ou rend même impossible la déglutition (2520 *et sqq.*). Chez un malade, pour lequel F. Hoffmann fut consulté [1], « il survenait inopi-
» nément tous les jours après le repas, pendant trois heures,
» une vive douleur de poitrine qui s'élevait du scrobicule
» du cœur au travers de la poitrine jusqu'au larynx, ren-
» dait la respiration difficile et se joignait à un flux de sa-
» live. »

2587. Nous avons observé la douleur précordiale, tantôt circonscrite, tantôt s'étendant en différents sens sur les parois de la poitrine, tantôt traversant le thorax avec un sentiment comme de brûlure ou de déchirure profonde, dans des cardialgies aiguës, et surtout dans les paroxysmes des cardialgies bilieuses. Toutefois, il est beaucoup plus fréquent de rencontrer ce symptôme dans les cardialgies chroniques; il coïncide assez souvent avec les palpitations et un état d'anxiété extrême et la propension aux lipothymies; les malades en conçoivent de l'inquiétude pour la présence d'une affection de cœur qui devient une cause de préoccupation continuelle dans les dyspepsies hypochondriaques. Nous avons été souvent appelé, même par des médecins, à cause de ce symptôme, à examiner l'état du cœur par l'auscultation médiate.

Des douleurs chroniques épiphénoméniques des dyspepsies acescentes aiguës et chroniques.

2588. La douleur thoracique s'est aussi présentée à notre observation dans la partie postérieure de la poitrine, sous les omoplates et vers le sommet, d'un côté ou même des deux côtés de la poitrine, avec les mêmes caractères que la douleur le plus souvent obtuse et gravative et quelque-

[1] *Med. consult. et resp.* in op. omni., t. IV, cap. V, p. 162.

fois lancinante et comme térébrante qui se produit lorsque les poumons contiennent des tubercules crus. Dans ces cas encore, c'est par suite des inquiétudes que des hypochondriaques éprouvaient sur l'état de leurs poumons, que nous avons été le plus souvent à même d'observer ces douleurs, par suite desquelles on nous demandait de vérifier l'état des organes de l'hématose.

Des douleurs pleurodyniques produites comme épiphénomènes des dyspepsies acescentes

2589. Pechlin a signalé la douleur pleurodynique, comme un épiphénomène des dyspepsies cardialgiques[1]. Cette douleur se montre en effet fréquemment dans ces maladies ; elle a ordinairement son siège au dessus de l'hypochondre droit, plus rarement au côté gauche ; elle est lancinante et paraît suivre le trajet des nerfs intercostaux. Nous avons aussi observé des douleurs thoraciques érodantes vers l'aisselle, tantôt d'un côté, tantôt de l'autre, quelquefois des deux côtés à la fois. Ces douleurs, que nous n'avons vues que dans des cardialgies hypochondriaques et hystériques chroniques, ont ordinairement un siège fixe sur une petite surface ; elles irradient vers l'épaule et la partie supérieure du bras ; elles persistent quelquefois pendant des mois, et s'exaspèrent le plus souvent durant la nuit. Nous avons donné des soins à une demoiselle affectée de cardio-entéralgie chronique, chez laquelle cette douleur était le symptôme le plus prononcé de la maladie ; elle était térébrante et presque continue ; elle s'exaspérait la nuit ; elle avait son siège au dessus du niveau du mamelon et en dehors de la glande mammaire. La malade était tourmentée de la crainte d'un cancer dans cette région. Cette douleur, pour laquelle nous eûmes des consultations avec MM. Dupuytren et Fouquier, disparut avec les accidents de la cardialgie chronique, par l'usage des eaux de Spa ; elle se reproduisit l'année suivante avec le retour des accidents dyspepsiques.

2590. Plater a rapporté une observation sur une cardial-

[1] Pecklin, cité par F. A. Weber, *De sig. et caus. morb.*, t. II, p. 50.

Des douleurs articulaires symptômatiques des dyspepsies accentes.

gie bilieuse aiguë survenue chez une nourrice par une commotion morale. Cette maladie, dont les principaux symptômes étaient les vomissements de bile et de fréquentes lipothymies, déterminait de violentes douleurs articulaires qui disparurent comme les autres symptômes de la maladie par la guérison de la diacrise gastro-hépatique [1].

Les douleurs articulaires symptômatiques des dyspepsies cardialgiques n'ont pas ordinairement une si grande acuité; nous n'avons vu, comme M. Barras [2], survenir que des douleurs vagues, qui ne sont encore souvent que des douleurs comme de courbature, qui occupent les articulations et quelquefois la continuité des membres. Ces douleurs symptômatiques augmentent d'intensité, ou même, ne se manifestent que dans les exacerbations des cardialgies; nous les avons observées dans les cardialgies aiguës et dans les cardialgies chroniques; elles sont habituelles dans les cardio-entéralgies.

Des douleurs erratiques symptômatiques des dyspepsies accentes.

2591. Nous avons plusieurs fois rencontré des malades affectés de dyspepsie chronique, qui se plaignaient de douleurs comme pongitives sur différentes parties du corps, tantôt sur une partie, tantôt sur une autre. Ces douleurs, dont les malades expriment la présence en disant qu'il leur semble qu'ils reçoivent comme des coups d'aiguille à la peau (2571), ont été signalées par Hippocrate (2427).

Des douleurs utérines symptômatiques des dyspepsies cardialgiques.

2592. L'utérus ou la surface vaginale sont quelquefois le siège de douleurs spontanées, comme lancinantes, chez les cardialgiques. Ces douleurs qui s'exaspèrent aux approches des règles, inquiètent beaucoup les femmes qui se croyent menacées de maladies utérines. Ce qui contribue encore à accroître leurs inquiétudes, c'est que la manifestation de ces douleurs coïncide souvent avec la leucorrhée, si commune comme épiphénomène des dyspepsies chroniques (2575).

[1] F. Plateri, *Praxeos med.*, t. II, de Doloribus, cap. II, p. 413.

[2] *Traité sur les Gastral.*, etc., t. II, p. 220.

2593. Les douleurs épiphénoméniques des dyspepsies cardialgiques n'ont pas toujours un siége unique chez le même malade ; il n'est pas très rare qu'une douleur lancinante, comme névralgique, se manifeste à la fois sur deux parties, soit simultanément, soit successivement. Le docteur Lannes a publié une observation recueillie sur une dame affectée de dyspepsie cardialgique chronique, qui eut d'abord une vive douleur lancinante au sourcil droit irradiant jusqu'au sommet de la tête, et qui fut ensuite prise d'une vive douleur aussi lancinante, qui partait de l'aîne gauche et se propageait sur la cuisse du même côté. Ces douleurs après avoir été inutilement combattues par une médication topique disparurent quand on traita convenablement la dyspepsie cardialgique, dont elles suivaient d'ailleurs toutes les exacerbations [1].

De la susceptibilité à éprouver et à conserver des douleurs dans les dyspepsies cardialgiques.

2594. La susceptibilité du système nerveux à ressentir les douleurs qui peuvent être provoquées par les causes les plus faibles, est si grande chez les malades affectés de cardialgie chronique, qu'il suffit d'une contusion légère, d'une petite blessure, pour déterminer une douleur exagérée qui se prolonge et se renouvelle ensuite pendant longtemps ; ainsi, nous avons vu des malades affectés de cardialgie hypochondriaque ou hystérique éprouver au plus haut degré après de petites contusions sur le front ou sur la tête, et conserver ensuite comme douleurs continues, s'exaspérant par paroxysmes, des douleurs frontales ou du cuir chevelu, ayant les caractères de douleurs névralgiques. Nous pourrions rapporter l'histoire de deux filles qui conservèrent pendant plusieurs mois des douleurs lancinantes très vives au pli du bras, par suite de saignées qui n'avaient déterminé aucune lésion nerveuse. Chez une de ces malades, cet accident se produisit trois fois après des saignées faites à l'un et à l'autre bras sur des veines différentes et à de longs intervalles.

[1] *Gazette de santé du* 25 *sept.* 1827.

De la fréquence des spasmes épiphénoméniques dans les dyspepsies acescentes.

2595. Les spasmes sont aussi des épiphénomènes fréquents des cardialgies ; on les voit souvent dans les dyspepsies cardialgiques aiguës ; ils sont si habituels dans les cardialgies chroniques, et surtout dans les cardialgies hypochondriaques, qu'ils peuvent véritablement en être considérés comme des symptômes constants. Ces spasmes épiphénoméniques n'affectent pas toujours les mêmes parties ; le plus souvent ils se produisent sur divers points du corps chez le même malade, à différentes périodes et aux différentes phases de la maladie. Nous donnerions une longueur démesurée à cette partie de l'histoire des symptômes nerveux des cardialgies, si nous voulions parler de toutes les formes des accidents spasmodiques qu'ils constituent, nous n'insisterons que sur les principales et les plus fréquentes.

Les spasmes de la mâchoire, du pharynx et de l'œsophage, ont déjà été signalés comme des symptômes qui proviennent directement de l'état du tube digestif dans les cardialgies (2520 *et sqq.*); c'est sur les épiphénomènes spasmodiques qui surviennent dans des organes plus ou moins éloignés de l'appareil gastro-intestinal qu'il nous reste à fixer l'attention. Ceux qui s'offrent le plus souvent à l'observation affectent l'appareil circulatoire et l'appareil de la respiration. Whytt avait déjà remarqué que les palpitations, l'oppression, l'anxiété respiratoire, tiraient souvent leur origine de l'affection chronique des premières voies, principalement chez les hypochondriaques.

Des palpitations épiphénoméniques des dyspepsies cardialgiques.

2596. On rencontre peu de dyspepsies aiguës, et surtout de dyspepsies chroniques, dans le cours desquelles les malades n'aient pas été affectés de palpitations. Lorsque ce phénomène morbide est passager et peu intense, lorsqu'il ne se manifeste qu'à un degré modéré, à l'occasion des mouvements étendus, ou quand le malade se livre à la marche sur un plan ascendant, il fixe peu l'attention ; mais lorsqu'il dépasse ce degré d'intensité, il devient une cause

d'anxiété extrême et de vives inquiétudes pour les malades[1] (2610).

Dans la plupart des cas, les palpitations reviennent par paroxysmes, le plus souvent à l'occasion de causes excitantes physiques ou morales ; elles se produisent surtout après le repas pendant l'accomplissement plus ou moins pénible des digestions, et surtout lorsque l'action de l'estomac se manifeste avec des douleurs cardialgiques plus ou moins vives. Comparetti a prouvé par des observations cliniques l'influence que la digestion pénible des cardialgiques exerce sur la production des palpitations ; il a montré la coïncidence de cet accident avec les douleurs cardialgiques proprement dites, et avec la douleur comme érodante et lancinante éprouvée à la région de la pointe du cœur[2].

Les palpitations manquent rarement de survenir dans les dyspepsies chroniques qui ont pour symptômes dominants le développement d'une grande quantité de gaz dans le tube digestif pendant la digestion ; elles coïncident presque toujours avec les douleurs tormineuses dont les malades sont si souvent affectés[3]. Le caractère le plus tranché de ces palpitations dans les dyspepsies chroniques, est de coïncider avec un état de faiblesse réel des diastoles artérielles et de vacuité des vaisseaux, qui annonce que la débilité des fonctions nutritives porte aussi chez ces malades sur la quantité et peut-être sur les qualités du sang. Les palpitations sont d'autant plus fréquentes et plus prononcées que l'état d'oligaimie devient plus grand par la continuité de l'imperfection des fonctions digestives.

Des mouvements spasmodiques du cœur avec intermittence et irrégularité du pouls dans les dyspepsies acescentes.

2597. Les mouvements spasmodiques du cœur, caractérisés par des paroxysmes d'intermittence et d'irrégularité du pouls, surviennent quelquefois dans les dyspepsies car-

[1] Selle, *De curandis hom. morbis*, p. 307.

[2] *Occursus medici de vaga ægritudine infirmitatis nervorum*. Venetiis, 1780.

[3] T. Rhine; *Febris cardiaca et palpit. cordis ex flatibus;* in Halleri biblioth. med. pract., vol. III, p. 256.

dialgiques aiguës ; ils sont très fréquents dans les dyspepsies chroniques et spécialement dans les dyspepsies hypochondriaques. Cet épiphénomène a été très prononcé dans une observation rapportée par M. Barras d'après Comparetti [1]. Nous les avons observés pendant les paroxysmes de vives douleurs d'une cardialgie bilieuse, avec une intensité telle qu'ils avaient toute la violence des battements tumultueux du cœur qui surviennent au plus haut degré des endocardites avec hypertrophie du cœur.

Observation clinique sur un cas de dyspepsie chronique dont les spasmes du cœur étaient le phénomène dominant.

2598. L'observation suivante, que nous empruntons à M. Abercrombie[2], fournit un exemple des plus remarquables des spasmes du cœur épiphénoméniques de la dyspepsie chronique :

« Un homme de quarante-huit ans avait tous les jours des attaques de palpitations du cœur avec intermittence du pouls, qui duraient environ une heure et se répétaient certains jours jusqu'à trois fois. Pendant ces paroxysmes, la respiration était laborieuse. La marche aggravait les accidents. Dans les intervalles des paroxysmes les mouvements du cœur, les battements du pouls et la respiration étaient tout à fait réguliers. La digestion était imparfaite, l'estomac était facilement dérangé ; le malade avait de la constipation ; les selles étaient mal élaborées. Les paroxysmes revenaient, en général, aussitôt après le repas, mais parfois aussi à d'autres moments. On avait eu recours inutilement à beaucoup de moyens thérapeutiques et diététiques à Londres et à Cheltenham. Quoique le malade eût traversé des périodes rapidement produites d'émaciation et de rétablissement, les accidents qu'il éprouvait du côté du cœur étaient restés permanents et sans se modifier. Après deux ans et demi de cet état, il fut enfin rétabli par l'usage du vin de colchique, qui agit d'abord

[1] *Traité sur les gastralgies*, t. II, p. 27.

[2] John Abercrombie; *Pathological and Practical Researches on Diseases of the Stomach*; lib. III, Edinburg, 1828.

comme purgatif, à la dose de dix gouttes, deux fois par jour. »

2599. La fréquence du pouls, sans élévation de la chaleur générale, quelquefois même avec un sentiment général de débilité et de froid des extrémités, est aussi un symptôme spasmodique du cœur qui se rencontre dans les vives douleurs des cardialgies aiguës, et quelquefois dans les dyspepsies chroniques pendant le travail de la digestion. Ce symptôme coïncide le plus souvent avec un sentiment prononcé d'anxiété précordiale et avec des palpitations; il précède souvent les lipothymies que provoquent les récrudescences des douleurs cardialgiques pendant la digestion, sur lesquelles Whytt a beaucoup insisté pour montrer la grande influence que les fonctions du tube digestif ont sur toutes les grandes fonctions par l'intermédiaire du système nerveux. Les malades affectés de cardialgies chroniques, qui sont arrivés par la continuité de cette maladie ou par l'excès d'un régime et d'une médication débilitante, à une extrême faiblesse, présentent presque toujours cette fréquence du pouls épiphénoménique qui persiste quelquefois d'une manière presque continue, mais qui revient le plus ordinairement par accès irréguliers, surtout au moment de la digestion.

De la fréquence du pouls symtômatique des dyspepsies acescentes.

2600. L'un des accidents spasmodiques des organes de la respiration les plus prononcés dans les dyspepsies, est le hoquet, qui consiste dans des contractions spasmodiques du diaphragme. Aétius n'hésitait pas à assigner pour cause de cet accident, l'action des liquides âcres sur l'estomac [1].

Du hoquet symptômatique des dyspepsies acescentes aiguës et chroniques.

On observe souvent le hoquet dans la dyspepsie aiguë et chronique des enfants; nous l'avons vu persister avec opiniâtreté en se reproduisant après l'ingestion des aliments pendant plusieurs semaines, dans la dyspepsie symptômatique de la grossesse. Cet accident survient souvent avec la

[1] *Singultûs accessio stomacho accedere solet ob humorem acrem.* (Serm. IX, cap. 5.

douleur cardialgique proprement dite, dans les dyspepsies acescentes, surtout après l'ingestion des aliments ; il est souvent joint au soda (2498) et à la dysphagie. Dans quelques cas, comme chez le sujet d'une observation de H. Ludolf, qui était sujet aux douleurs cardio-entéralgiques, il se manifeste comme symptôme habituel après l'ingestion des boissons, avec des vomissements, avec un sentiment de strangulation, de la dyspnée et de l'aphonie [1]. Pringle a rapporté une observation recueillie sur une femme de quarante-trois ans, affectée de cardialgie hystérique, dont les paroxysmes consistaient en une violente douleur d'estomac, accompagnée de hoquets et de mouvements convulsifs épigastriques qui s'élevaient ensuite jusqu'à la base du cou.

De la toux symptômatique des dyspepsies acescentes.

2601. La toux sèche et par secousses isolées, ou par quintes pressées et avec un sentiment très pénible de strangulation et d'angoisse thoracique, survient quelquefois comme épiphénomène dans les dyspepsies acescentes aiguës; elle s'observe plus fréquemment dans les dyspepsies chroniques, et surtout dans les cardialgies hystériques et hypochondriaques. Cet accident a paru à Johnson [2] et à Philip [3], si étroitement lié à certaines dyspepsies chroniques dans lesquelles les malades sont d'une grande faiblesse jointe à un degré d'amaigrissement considérable, qu'ils l'ont assigné comme caractère à ces cas qu'ils ont cru devoir distinguer sous le nom de *phthisies dyspepsiques*. La toux évidemment spasmodique qui se produit ainsi secondairement à l'état de l'estomac, est le phénomène que des médecins ont appelé *toux gastrique*. Cette toux inspire quelquefois des inquiétudes sur l'état des organes de la respiration, qui ne sont dissipées que par les résultats d'une attentive exploration de l'état des organes de l'hématose. Ces inquiétudes sont

[1] *Dissert. de cardialgia; Respond.* A. C. Bœtticher.

[2] J. Johnson, *On derangements on the Liver, internal organs and nervous system.* London, 1820.

[3] A. P. W. Philip, *A Treatise on Indigestion.* London, 1821.

rendues plus grandes par la coïncidence ordinaire avec cette toux de douleurs dorsales et de palpitations, et par l'état de maigreur où se trouvent habituellement les malades affectés de dyspepsies chroniques chez lesquels ces symptômes se rencontrent. Nous avons été consulté récemment par un médecin pour sa femme, qui était affectée depuis plusieurs années de cette forme de dyspepsie chronique. Elle était réduite à un état de maigreur et de faiblesse extrême, occasionné par l'imperfection des fonctions digestives. Ce marasme avait encore été augmenté par le régime sévère et émollient auquel la malade se tenait depuis longtemps par suite des craintes que l'on avait conçues sur l'état de ses poumons. L'exploration attentive des organes thoraciques nous fit reconnaître qu'ils n'étaient le siège d'aucune lésion. Cette dame s'est promptement rétablie par le régime tonique et analeptique, et par les médicaments appropriés à la curation de la dyspepsie acescente chronique.

2602. La toux spasmodique des dyspepsiques survient quelquefois par paroxysmes périodiques, parfois d'une extrême intensité, à une certaine heure du jour et le plus souvent le soir. Ces spasmes des organes de la respiration peuvent être portés au point de provoquer des lipothymies : il est rare que les malades n'éprouvent pas en même temps des spasmes hystériques de strangulation et de serrement du cou. Dans un cas nous avons observé que le paroxysme de toux se terminait par un vomissement muqueux qui survenait avec beaucoup d'efforts.

Des troubles des fonctions sensoriales symptômatiques des dyspepsies acescentes.

2603. Les troubles nerveux des fonctions sensoriales dans les dyspepsies cardialgiques, arrivent rarement sans qu'il ne se manifeste en même temps des symptômes spasmodiques plus ou moins étendus. Cet épiphénomène ne s'observe guère que dans les dyspepsies hystériques ou hypochondriaques ; il consiste le plus ordinairement dans des bruissements dans les oreilles, une certaine dureté de

l'ouïe, et quelquefois comme la suspension temporaire de l'audition, ou dans une suspension, ou au moins un affaiblissement de la vue dans l'un ou l'autre œil ; quelquefois ce dérangement prend la forme de l'héméralopie ou de la nyctalopie. M. Barras a vu un malade qui perdait immédiatement la vue après l'ingestion des aliments, et qui la recouvrait lorsque la digestion était achevée. Chez un autre malade, le même praticien a observé la suspension de la vue seulement dans l'œil gauche [1].

Observation clinique qui montre à quel degré le système nerveux peut être troublé par les dyspepsies acescentes.

2604. L'un des faits les plus remarquables qui aient été recueillis pour montrer l'influence que les accidents cardialgiques exercent sur le système nerveux, et surtout sur les organes des sens, est le suivant que l'on doit à Marteau de Grandvilliers : nous le rapportons en détail, parce qu'il est propre à faire voir mieux qu'une description générale, jusqu'à quel point le système nerveux peut être affecté dans la dyspepsie acescente.

« Un jeune homme de quinze ans eut au commencement de février des convulsions violentes aux extrémités, accompagnées et suivies de rots fréquents, de vomissements d'une pituite aigre, et quelquefois sanglante, et ensuite de borborygmes et de l'émission de beaucoup de vents par l'anus. Des saignées et des purgations n'eurent aucun résultat heureux. Les paroxysmes se multiplièrent au nombre de quatre ou cinq par jour et devinrent plus laborieux ; ils duraient depuis quinze jusqu'à cinquante minutes. Les mouvements convulsifs commençaient d'abord aux extrémités ; aussitôt le ventre, et l'estomac surtout, se gonflaient ; l'application de la main y était douloureuse, on y sentait une sorte de roulis. Les yeux étaient fixes et immobiles ; ils étaient insensibles aux approches du doigt et de la lumière. Le malade ne pouvait parler, mais il voyait et entendait ; il avait une continuité rapide de rots rendus avec efforts, entrecoupés tantôt d'un cri aigu et comme

[1] *Traité sur les gastral.*, t. II, p. 221.

singultueux. Les éructations étaient de temps en temps mêlées à des vomissements d'une pituite claire et si corrosive qu'elle laissait dans l'estomac et tout du long de l'œsophage l'impression d'une acidité brûlante; le malade éprouvait au cardia un sentiment d'érosion. Le paroxysme se terminait par un court assoupissement léthargique et par la sortie de beaucoup de vents par l'anus. Le malade revenu à lui reprenait sa gaieté ordinaire et rendait compte de son état. Les paroxysmes ne revenaient que le jour, les nuits étaient tranquilles. Le malade avait alors une faim dévorante; il conservait une douleur au côté droit de la tête et au condyle gauche de la mâchoire inférieure, une grande âcreté à la gorge et de la lassitude dans tous les membres. Depuis les premières attaques, la vue était presque perdue de l'œil droit, dont la pupille était légèrement dilatée. Les urines étaient troubles et blanches comme du petit lait; elles ne s'éclaircissaient pas quoiqu'elles déposassent un sédiment blanc et inégal. Le malade, qui avait beaucoup de cheveux, tombait en syncope dès qu'on le peignait du côté droit, et la syncope était suivie d'un paroxysme convulsif. Marteau de Grandvilliers, déterminé par la présence des vomissements de pituite d'une excessive acidité, que le malade comparait au vinaigre le plus fort, prescrivit l'administration des yeux d'écrevisses à grandes doses et la poudre de guttette; au bout de cinq jours, les urines étaient redevenues naturelles, les rots et les vomissements moins fréquents et moins acides, le gonflement de l'estomac et de l'abdomen moindre et moins douloureux, la vision de l'œil droit se rétablissait; le malade voyait les objets bleus; les matières fécales étaient redevenues blanches et comme graisseuses; la faim se modérait. La continuité de la médication rétablit ce jeune malade[1]. »

[1] *Obs. sur une cardialgie convulsive*, par Marteau de Grandvilliers, médecin à Aumale; *Journal de méd. de Vandermonde*, 1760, t. XIII, p. 142.

De la somnolence comme accident des dyspepsies acescentes.

2605. Les phénomènes spasmodiques chez le sujet de l'observation que nous venons d'emprunter à Marteau de Granvilliers, ne consistaient pas seulement dans l'interruption et le trouble des fonctions des organes des sens, ils s'exprimaient aussi par l'interruption passagère de toutes les fonctions de la vie de relation caractérisée par une sorte de sommeil léthargique. Quoique dans le plus grand nombre des cas, l'état nerveux n'atteigne pas ce haut degré, c'est un symptôme très fréquent des dyspepsies cardialgiques chroniques, qu'une propension insurmontable au sommeil qui se produit surtout pendant la digestion. Il est peu d'hypochondriaques qui n'éprouvent cet accident, qui s'accompagne ordinairement d'un sentiment de douleur gravative et de gonflement à la région épigastrique, et de la sécrétion dans la bouche d'une grande quantité de salive visqueuse. Ce sommeil spasmodique est souvent agité comme par une inquiétude vague semi-délirante et par des songes des plus pénibles [1]. Au plus léger degré, cet accident consiste dans un état de torpeur ou d'éloignement pour le mouvement pendant lequel les malades éprouvent une sorte de rêvasserie dans laquelle ils sont tourmentés par des idées bizarres. Il n'est pas très rare d'observer cet état après les paroxysmes de vives douleurs des cardialgies aiguës.

2606. Lorsque cet état de sommeil ou de somnolence cesse après quelques heures de durée, les malades ont souvent des éructations abondantes, des palpitations et une anxiété égigastrique des plus pénibles. C'est surtout le matin, quand le sommeil de la fin de la nuit a été profond, comme il arrive souvent à ceux qui sont affectés de la cardialgie chronique, que ces phénomènes surviennent [2]; ils sont d'autant plus intenses que la somnolence a été plus profonde. Quelques malades redoutent à un si haut degré

[1] P. Zacchias, *De morb. hypoch.*, p. 527.

[2] Weber. *De causis et signis morb.*, t, II, p. 47 et 48.

tous ces accidents, qui se reproduisent dès que l'état de veille vient à être interrompu, qu'ils font tous leurs efforts pour résister au sommeil.

2607. Le libre exercice des facultés intellectuelles est presque toujours troublé dans les dyspepsies cardialgiques. Ce trouble ne se montre guère dans les dyspepsies aiguës que pendant les paroxysmes de douleurs ; il ne persiste à un certain degré dans leurs intervalles et d'une manière continue que dans quelques cardialgies aiguës d'une excessive intensité et dans les cardialgies chroniques très graves ou qui durent depuis un temps très long. Le caractère le plus prononcé de ce trouble des facultés intellectuelles consiste dans une sorte de paresse d'esprit, d'impossibilité de former les idées et de les exprimer nettement, avec un sentiment de pesanteur ou de vide dans la tête, ou avec la prééminence d'idées bisarres mal définies qui ont souvent un rapport avec la maladie, ou avec un sentiment d'inquiétude vague et accablant. Les hypochondriaques éprouvent au plus haut degré cette perturbation des facultés intellectuelles qui se joint chez eux à une irritabilité morale extrême, et à un sentiment de découragement et de pusillanimité excessif. L'irrésolution, la crainte des mouvements et des palpitations, et des vertiges qu'ils provoquent, sont les phénomènes les plus prononcés de cet état nerveux (2611).

De l'altération des facultés intellectuelles considérée comme symptôme des dyspepsies acescentes.

2608. Le phénomène le plus saillant de la perturbation des facultés intellectuelles chez les cardialgiques est l'anamnésie ; elle survient quelquefois dans les cardialgies aiguës, mais elle s'observe surtout dans les dyspepsies chroniques et hypochondriaques. La plupart des malades affectés de ces maladies, que nous avons interrogés, nous ont signalé l'incertitude et l'affaiblissement de la mémoire, et quelquefois aussi l'extinction presque complète de cette faculté, comme le phénomène le plus marqué du trouble des fonctions du cerveau chez eux. Ray. Joh. Fortis a

De l'anamnésie comme phénomène des dyspepsies acescentes.

rapporté comme exemple de cet accident produit par le dérangement des fonctions digestives, l'histoire d'un homme de soixante-quatre ans, chez qui les digestions étaient très pénibles et s'accompagnaient d'un sentiment de vive chaleur et de tension à l'estomac et vers les hypochondres, et de borborygmes. Lorsqu'il voulait lire, étudier ou s'occuper de quelque affaire, il était immédiatement obligé d'abandonner son travail par la fatigue extrême qu'il en éprouvait, il oubliait jusqu'à son propre nom; et comme sa raison lui faisait reconnaître que ce n'était qu'un accident morbide, il ne pouvait cependant l'écrire que par une sorte d'effort et qu'après une hésitation prolongée [1].

(*E*) De l'état général des malades affectés de dyspepsie cardialgique.

De l'amaigrissement symptômatique des dyspepsies acescentes.

2609. L'amaigrissement est le symptôme général le plus prononcé des dyspepsies cardialgiques; il est à la fois le résultat de l'imperfection des fonctions digestives, et de la diminution de la quantité des aliments ingérés que les malades s'imposent à cause de l'anorexie, ou par la crainte des douleurs que la digestion provoque, ou par les prescriptions des médecins. Chez ceux qui sont affectés de cardialgies aiguës, et surtout de cardio-entéralgies bilieuses, ou chez ceux qui ont cette maladie à l'état chronique, avec des paroxysmes de douleurs intenses, l'amaigrissement est le résultat de l'influence exercée sur l'organisme par les vives douleurs que les malades éprouvent. Il est aussi accéléré dans quelques dyspepsies chroniques par les flux urinaires, leucorrhéiques et hémorrhoïdaux. L'émaciation arrive quelquefois dans ces cas avec une telle rapidité qu'il suffit de quelques semaines pour la produire.

La diminution de volume de toutes les parties du corps et des membres et la saillie des éminences osseuses qui caractérisent l'émaciation, se montrent chez les cardialgiques avec une sécheresse habituelle de la peau, le froid des

[1] Raym. John. Fortis; *Consult. et resp. med.*, t. II, cent. 1re, obs. 1.

extrémités et un sentiment d'extrême faiblesse et de lassitude par les moindres mouvements, ou même, sans que le malade se soit livré à la locomotion.

Le teint des cardialgiques à l'état d'émaciation surtout dans les dyspepsies acescentes chroniques, est ordinairement blafard et quelquefois comme laiteux. Il n'est jamais jaunâtre et terreux comme lorsque l'émaciation est l'effet d'une lésion organique.

De l'irritabilité nerveuse exagérée symptômatique des dyspepsies acescentes.

2610. L'irritabilité nerveuse extrême est un des symptômes généraux des dyspepsies cardialgiques qui commence à se manifester dès qu'elles acquièrent une certaine intensité, et qui augmente à mesure que la maigreur fait des progrès. Dans cet état de maladie, les causes morales les plus légères exercent la plus vive influence, c'est là l'origine de la pusillanimité dans laquelle tombent la plupart de ces malades (2607). Les impressions perçues par les organes des sens, telles que celles que provoquent les odeurs, les sons musicaux, ébranlent l'organisme au point d'exciter des accidents nerveux qui n'étaient point habituels par ces causes avant la maladie. Ces malades ressentent aussi d'une manière exagérée toutes les douleurs physiques, soit celles qui résultent de leur maladie, soit celles qui proviennent de causes accidentelles ou de l'effet immédiat des moyens de l'art. Toutes les impressions pénibles, physiques et morales de ces malades, retentissent sur les organes épigastriques et déterminent une exacerbation des accidents cardialgiques, ou le retour des paroxysmes de douleurs des organes digestifs.

De la perturbation des sentiments moraux dans les dyspepsies acescentes.

2611. Le moral se détériore rapidement dans les dyspepsies acescentes. Ces malades sont sans cesse préoccupés de leur état, au point de négliger souvent leurs affaires et de devenir indifférents aux affections de famille. Cette indifférence devient pour quelques uns une cause de souffrance, parce qu'elle répugne à leur raison et qu'elle les jette dans un combat déchirant entre leurs devoirs et leurs préoccu-

pations involontaires. Nous avons vu des jeunes femmes nous exprimer, les larmes aux yeux, le chagrin qu'elles éprouvaient de ne pouvoir détacher leur pensée de leur état de maladie, pour s'occuper de leur famille et surtout de leurs enfants (2482).

2612. Cette irritabilité physique et morale excessive des personnes affectées de cardialgies, change leur caractère à tel point qu'ils rendent les rapports de famille très pénibles. Toutes les impressions sont exagérées au delà des limites de la raison. Les moindres contrariétés que ces malades éprouvent les blessent vivement et deviennent la cause de mouvements d'impatience et de colère qui ne font qu'exaspérer les souffrances des organes digestifs, ou qui déterminent des accidents spasmodiques. Ces malades sont défiants, inconstants dans leurs affections, incapables de prendre et de suivre une résolution. Cet état moral est le principal motif du peu de suite que ces malades mettent à suivre les conseils des médecins, de la facilité avec laquelle ils ôtent et donnent leur confiance, de leur propension à devenir la dupe des promesses des charlatans, à tenter les médications les plus bizarres, à croire aux assertions les plus ridicules, etc.

C'est surtout dans les cardialgies chroniques, et principalement dans les dyspepsies hypochondriaques, que toutes ces aberrations morales se remarquent; les malades affectés de cardialgies aiguës n'en sont pas tout à fait exempts, quand ce sont de jeunes sujets, et surtout des femmes chez lesquelles l'irritabilité et la mobilité morale et intellectuelle sont habituellement plus grandes.

(*F*) De l'association et de la succession des accidents des cardialgies.

Mode de succession des accidents dans les dyspepsies acescentes.

2613. Les accidents si variés que provoquent les dyspepsies acescentes se succèdent en général et s'associent d'une manière régulière; ils sont rarement continus, au moins pendant un certain temps. A les considérer même pendant

la durée des attaques de cardialgies aiguës, ou pendant la durée des paroxysmes d'exacerbations des dyspepsies chroniques, la plupart des symptômes et surtout les symptômes de douleurs et les accidents spasmodiques sont intermittents (2585). Cette intermission marquée par plusieurs heures de repos, entre les vomissements, entre les douleurs rongeantes ou déchirantes épigastriques, ou les douleurs tormineuses abdominales, ne laisse subsister dans leurs intervalles qu'un état général de fatigue, de faiblesse, avec propension à la somnolence et refroidissement des extrémités. Le retour des exacerbations se produit quelquefois à certaines heures du jour, ou au moins à certains moments qui sont en rapport avec la succession régulière des actes temporaires de l'organisme, comme le matin au moment du réveil, ou le soir, à l'époque ordinaire du commencement du sommeil. Cette périodicité des accidents persiste au déclin de la maladie, même lorsque les symptômes ont perdu de leur intensité ; elle se manifeste par le retour plus ou moins régulier durant plusieurs jours, de quelques uns de ces symptômes qui sont chaque fois de moins en moins graves, comme derniers vestiges de la maladie.

De la périodicité des accidents des dyspepsies acescentes.

2614. Les exacerbations des cardialgies chroniques et des cardialgies hypochondriaques, sont souvent périodiques ; cette périodicité est quelquefois liée à la périodicité même des fonctions digestives et s'explique par le retour régulièrement déterminé de la cause occasionnelle de l'exacerbation ; telle n'est pas cependant toujours la cause du retour de ces paroxysmes que l'on voit se reproduire périodiquement sans aucun rapport avec l'action temporairement suscitée dans le tube digestif par l'ingestion des aliments. Dans quelques cas ces paroxysmes périodiques ont pour prodrome un état général de malaise ou même de frisson, après lequel les douleurs cardialgiques ou cardio-entéralgiques surviennent et durent pendant quelques heures pour se terminer par un état de calme général, avec état hali-

tueux ou sudoral de la peau, ou avec un flux d'urines aqueuses plus ou moins considérables (2562). Nous avons cité l'observation recueillie par Bartholin, sur sa fille qui avait des douleurs cardialgiques qui revenaient dans la nuit de deux jours l'un et qui se terminaient par des selles ou des urines abondantes (2555). Cette forme des accidents assujettis au type périodique, les rapproche des accidents périodiques de certaines fièvres larvées, comme celles dont Torti[1], Casimir Medicus[2], Rivini[3], ont rapporté des exemples dans lesquels l'accès de fièvre est surtout marqué par une violente douleur cardialgique, ou par des vomissements bilieux, ou par des douleurs tormineuses.

F. Hoffmann a insisté sur la marche intermittente régulière des accidents des cardialgies, en signalant à la fois le retour de ces accidents à de courts intervalles et le renouvellement des paroxysmes suivant des périodes de plusieurs semaines. « C'est ainsi, dit-il, que les douleurs cardialgi- » ques et les coliques se reproduisent souvent à certaines » heures du jour. Nous avons vu les vomissements bilieux » revenir pendant plusieurs jours à chaque pleine lune, » avec une grande angoisse et la prostration des forces. » Nous avons aussi vu l'ictère produit par le spasme du » duodénum, revenir tous les mois le dimanche et du- » rer ensuite pendant plusieurs jours. Nous avons aussi vu » plus d'une fois, mais même assez souvent, par le retour » de l'embarras des premières voies déterminé par la » reproduction des crudités, survenir des toux périodi- » ques et des embarras de la poitrine à certaines heures du » jour ou de la nuit; ou des vertiges, des céphalalgies qui » s'exaspéraient à des heures déterminées[4]. »

[1] *Therap. spec.*, De feb. int. cardiaca, lib. III, cap. I.

[2] *Geschichte period. Krankh.*, § 39, p. 122.

[3] *Dissert. de feb. interm.*, § 11.

[4] *Med. rat. syst.*, t. I, part. I, cap. V, § 40.

M. Barras a aussi signalé cette marche périodique des retours et des exacerbations des cardialgies. Il a rapporté un cas dans lequel la maladie après s'être reproduite par des récidives, à des intervalles réguliers de plus en plus courts, a suivi ensuite une marche intermittente et ensuite rémittente; c'est celui d'une demoiselle de cinquante ans, qui fut prise en 1808, d'une dyspepsie cardialgique qui se reproduisit tous les deux ou trois ans jusqu'en 1814, puis revint ensuite tous les ans, puis tous les mois, puis enfin persista sous une forme rémittente [1].

ART. II. Des altérations des organes dans les dyspepsies cardialgiques.

Des conséquences qu'il faut déduire des observations nécroscopiques qui ont été publiées comme propres à faire connaître l'état des organes après les cardialgies.

2615. Comme les dyspepsies cardialgiques aiguës ne se terminent presque jamais par la mort, on ne doit pas s'étonner que les auteurs n'aient point conservé d'observations par lesquelles on puisse connaître d'après l'ouverture des cadavres l'état des organes dans ces maladies. Celles qui ont été publiées comme pouvant avoir cette valeur portent pour la plupart sur des cas où les fonctions digestives ont été le siège d'accidents plus ou moins graves, secondaires à des états morbides qui occupaient d'autres organes, mais qui n'ont point présenté tous les symptômes essentiels, et par conséquent les caractères réels des cardialgies aiguës; ainsi ce sont des méningites, des hydrocéphales aiguës, des inflammations de l'utérus ou des ovaires, des maladies aiguës des reins, dont les phénomènes morbides principaux ont été de plus ou moins vives douleurs d'estomac, des nausées ou des vomissements incoercibles. Ces faits ont cependant une grande importance; si l'on ne peut rigoureusement établir sur eux seuls l'anatomie pathologique des cardialgies aiguës idiopathiques, parce qu'il faudrait qu'on eût d'abord établi l'identité des conditions anomales du tube digestif dans les cas qu'ils constituent et dans ces dernières maladies, l'on en tire pourtant cette conséquence que les plus

[1] *Traité sur les gastral. et les entéral.*, t. 1, p. 204.

graves désordres fonctionnels du tube digestif peuvent persister pendant plusieurs jours, plusieurs semaines et plusieurs mois, et même contribuer à déterminer la mort, sans qu'on trouve sur les cadavres d'altérations appréciables des tissus des viscères abdominaux.

De l'état du tube digestif et de ses anorexies sur les cadavres de ceux qui ont succombé étant affectés de dyspepsies cardialgiques.

2616. Nous n'avons point encore trouvé l'occasion d'examiner l'état des organes sur le cadavre après des cardialgies aiguës, qui se soient terminées par la mort indépendamment de tout autre état morbide; mais nous avons disséqué plusieurs fois le corps de sujets qui avaient succombé à différentes maladies pendant le cours desquelles les dyspepsies cardialgiques aiguës s'étaient manifestées avec tous leurs symptômes ordinaires, et persistaient encore au moment de la mort; c'est surtout chez des personnes affectées de maladies du cœur que nous avons observé cette forme des accidents.

Nous avons trouvé dans ces cas, le tube digestif tantôt distendu par des gaz, tantôt affaissé, contenant du mucus en quantité variable, plus ou moins coloré par la bile. La muqueuse gastro-intestinale est toujours exempte d'altération dans son tissu; elle n'est ni plus colorée, ni plus dense, ni plus molle, ni plus épaisse, ni plus amincie que dans l'état ordinaire. Le foie, la rate, le pancréas, ne sont aussi le siége d'aucune altération appréciable. Les voies hépatiques sont tantôt remplies de bile, tantôt elles n'en contiennent qu'une petite quantité. Ce liquide est plus ou moins visqueux, d'une teinte jaune ou verdâtre plus ou moins foncée, tant dans les voies cholédoques que dans la vésicule; nous n'avons pu constater dans les différences de quantité ou de qualité du liquide des voies hépatiques, aucun rapport évident avec les accidents particuliers de la maladie. L'appareil vasculaire, et surtout l'appareil veineux abdominal est ordinairement gorgé de sang, surtout dans les veines splénique, gastrique et gastro-épiploïques. Les artères hépatiques, coronaires stomachiques, mésen-

tériques supérieures, contiennent toujours du sang en quantité assez grande pour se trouver gorgées à un plus haut degré que les autres vaisseaux. Cette congestion vasculaire s'étend parfois à la muqueuse gastro-intestinale dans l'estomac et le duodénum; elle s'y montre par des taches rougeâtres mal circonscrites, de grandeur très variable. Ces taches exposées à l'air, après l'ouverture du tube digestif, deviennent d'un rouge moins obscur et plus vermeil; elles ont une teinte fort inégale sur les différents points de leur surface; elles ont presque exclusivement leur siège sur le segment du tube digestif qui correspond à la présence des vaisseaux principaux d'où provient l'appareil capillaire du tube intestinal; elles pénètrent toute l'épaisseur de la membrane interne et surtout la couche de tissu cellulaire par laquelle cette membrane adhère à la tunique moyenne. La muqueuse sur ces marbrures rouges n'est ni épaissie ni ramollie. Ces taches disparaissent ou se déplacent lorsqu'on comprime avec le dos du scalpel la surface interne du tube digestif, ouvert et étendu sur un corps lisse et dur; on les fait aussi facilement naître à volonté en refoulant vers les membranes du tube digestif, par une pression entre les doigts, le sang contenu dans les rameaux vasculaires gorgés de sang qui vont se distribuer et s'épanouir dans les parois gastro-intestinales. Il est très facile de reconnaître, en examinant ces taches à contrejour, ou sous l'eau, ou avec une loupe, qu'elles sont dues à l'injection d'un réseau très serré des vaisseaux capillaires; les manœuvres par lesquelles on les produit, on les déplace, ou on les fait disparaître, prouvent bien que l'accumulation du sang qui les produit n'a point dépassé les limites du système capillaire.

**De l'importance qu'il faut attribuer aux congestions du tube digestif qui se trouvent sur le cadavre après les cardialgies.**

2617. Les altérations congestionnelles des organes digestifs, et principalement des tuniques de l'estomac et des intestins que nous venons de décrire, se sont présentées à nous dans un grand nombre de cas où la mort n'avait point été

précédée d'accidents cardialgiques ou cardio-entéralgiques ; il s'ensuit qu'elles ne peuvent être considérées comme étant exclusivement liées à ces maladies ; nous ne pouvons pas cependant négliger d'insister sur leur présence constante dans tous les cas où nous avons pu rechercher sur le tube digestif et dans les viscères abdominaux les désordres qui pouvaient se rapporter à des dyspepsies cardialgiques aiguës, ou même seulement à quelques symptômes cardialgiques survenus par épigénèse pendant la dernière période de différentes maladies mortelles. Nous possédons des notes détaillées sur six cas de cette espèce.

Ces altérations congestionnelles peuvent avoir été le résultat des obstacles à la circulation, qui se produisent pendant le cours ou aux approches de l'issue funeste de la maladie. On n'en saurait douter dans beaucoup de cas, comme ceux où la mort est déterminée par une maladie du cœur. Nous ne connaissons qu'un seul fait qui pourrait être invoqué pour rapporter cette lésion aux conditions morbides mêmes, dont les accidents cardialgiques seraient les effets ; c'est le seul cas de cardialgie aiguë indépendant de maladie réelle, dans lequel nous ayons eu l'occasion de faire des recherches sur le cadavre. Il a été recueilli sur une fille qui succomba à une hémorrhagie utérine, arrivée dans le travail et au moment de la parturition. L'accouchement avait été précédé d'accidents cardio-entéralgiques qui avaient déterminé l'admission de la malade à l'hôpital. Ces accidents, dont les principaux étaient une vive douleur gastrodynique et des coliques qui s'étendaient aux hypochondres, avec des nausées et des vomissements mucoso-bilieux très fréquents et accompagnés de violents efforts, ne furent interrompus que par des intervalles de quelques heures pendant douze jours ; ils ne se terminèrent que lors du travail expulsif de la parturition, qui fut immédiatement suivi de l'accouchement et de la mort par hémorrhagie. Les vais-

seaux artériels et veineux gastro-hépatiques furent trouvés dans un état de congestion sanguine qui contrastait avec la vacuité générale de l'appareil circulatoire, suite de l'hémorrhagie mortelle. Les voies hépatiques étaient gorgées de bile, la vésicule en était remplie, l'estomac et le duodénum contenaient une grande quantité de mucus liquide verdâtre coloré par la bile. La muqueuse de l'estomac et du duodénum, qui n'était ni épaissie, ni ramollie, ni altérée dans sa densité, présentait huit ou dix taches, ou marbrures de deux à six centimètres de largeur. Ces taches formées par une injection vasculaire étaient en rapport avec la congestion des rameaux et des branches vasculaires gastro-intestinales; on les déplaçait et on les multipliait facilement par la compression des membranes avec le dos du scalpel. Ces altérations se perdaient dans le commencement du jéjunum; le reste du tube digestif était tout à fait exempt d'altération.

La congestion de l'appareil vasculaire de la partie supérieure du tube digestif et du foie était d'autant plus remarquable dans ce cas, que la malade avait succombé à un accident qui aurait dû la faire disparaître.

Conséquence des faits sur l'état réel du tube digestif dans les cardialgies.

2618. L'on est, ce nous semble, autorisé à conclure de ces observations, que les accidents des cardialgies aiguës ne sont point le résultat d'un état morbide du tissu du tube digestif ou de ses annexes, de la nature de l'inflammation, puisque l'on ne rencontre sur les cadavres aucune des lésions de texture des organes qui s'y rapportent, et qu'il est certain que ces lésions ne peuvent disparaître complètement dès que la mort arrive, lorsqu'elles ont duré plusieurs jours et même plusieurs semaines. Mais il en résulte aussi que la cause essentielle de ces maladies peut déterminer au moins, sinon toujours, un changement dans l'activité circulatoire des organes affectés qui les rend le siège d'une congestion évidente qui se produit très probabelment pendant la vie. Lors même que cette congestion ne surviendrait

qu'après la mort, elle indiquerait toujours qu'il a existé, comme condition préalable à la cessation de la vie, une activité plus grande de la circulation, un véritable mouvement de fluxion vers les organes dont le trouble fonctionnel détermine les accidents principaux de la maladie. Peu importe, après cela, que la congestion sanguine, dernière trace de la fluxion dont les organes digestifs ont été le siège, ait du son origine à la maladie dont l'affection cardialgique n'a été qu'une épigénèse; l'on n'est pas pour cela autorisé à séparer cette lésion du tube digestif de la manifestation de la cardialgie. La seule objection qu'on puisse opposer à ce rapprochement serait la présence réelle des phénomènes nécroscopiques de la congestion sur les organes digestifs de sujets qui ont succombé à différentes maladies sans avoir éprouvé d'accidents cardialgiques; mais, outre que cette objection repose sur des faits négatifs, elle n'aurait de valeur que s'il était prouvé que par le grand désordre des fonctions qui arrivent dans la dernière période de ces maladies funestes, les symptômes cardialgiques n'ont pas pu être empêchés ou modifiés de manière à ne plus présenter tous leurs caractères diagnostiques.

2619. Pour les cardialgies chroniques, et surtout pour les dyspepsies hypochondriaques, on peut rassembler quelques observations qui réunissent les résultats des recherches sur les cadavres à une description des phénomènes morbides, suffisante pour ne pas laisser de doute sur la réalité de la maladie. La terminaison funeste arrive, dans ces cas de maladie chronique, plus souvent qu'à l'état aigu, comme dernier terme de l'épuisement de toutes les fonctions organiques par suite de la continuité de la maladie, ou par des accidents étrangers à l'affection abdominale. Ces observations suppléent à celles qui nous manquent sur les cardialgies idiopathiques aiguës suivies de mort, d'autant mieux qu'elles portent pour la plupart sur des cardialgies d'abord aiguës, qui ont ensuite passé à l'état chronique.

2620. Voici une observation sur une cardialgie chronique dans laquelle tous les phénomènes cliniques et les désordres trouvés sur le cadavre ont été décrits avec tant de soin qu'on ne peut conserver de doutes sur les caractères de la maladie et sur l'état des organes pendant sa durée et après sa terminaison funeste.

Observation clinique sur une dyspepsie acescente chronique suivie de mort; résultats de l'ouverture du cadavre.

« Une jeune fille eut, dès l'âge de dix à douze ans, des dérangements fréquents des digestions, qu'on attribua à la masturbation. Réglée à quatorze ans, elle fut prise, par suite de chagrins domestiques, de digestions pénibles et souvent douloureuses, avec de fréquentes palpitations et de violentes céphalalgies. L'amaigrissement se montra bientôt, et les règles furent interrompues ; on eut recours aux moyens diététiques les plus variés, sous la direction de différents médecins ; la maladie persista, et à l'âge de vingt-deux ans, lorsqu'elle consulta M. Barras, cette fille continuait à éprouver des douleurs d'estomac ; la faim était tantôt vive, tantôt nulle ; la plus petite quantité de nourriture provoquait des douleurs brûlantes, plus ou moins vives, à l'estomac. La médication émolliente calmait ces douleurs ; mais elle ne tardait pas à détruire l'appétit, à rendre les digestions plus longues, à produire des flatuosités et des gonflements abdominaux ; ces alternatives d'irritation et d'atonie des organes digestifs avaient jeté cette jeune fille dans l'état d'hypochondrie le plus prononcé. Le régime prescrit par M. Barras procura du soulagement, mais la malade ne le continua pas avec persévérance ; les douleurs d'estomac devenant plus rares, la malade se plaignait d'une sensation qu'elle comparait à l'effet d'un lien allant de l'estomac au pharynx ; d'autres fois, elle se plaignait d'une violente constriction à l'épigastre et aux hypochondres ; parfois, c'était une chaleur plus ou moins vive dans le tube digestif qui l'entretenait dans la pensée qu'elle avait une inflammation gastro-intestinale, qu'elle voulait alors combattre par les boissons émollientes qu'elle était bientôt forcée d'in-

terrompre par l'augmentation des accidents qui en était le résultat. La bouche était le siège d'une chaleur comme celle que produirait le contact du poivre; elle avait des crachottements répétés, surtout avant et après les repas; de temps en temps elle était prise de coliques et d'épreintes très douloureuses, le plus souvent sans évacuations. La constipation était habituelle, l'appétit était irrégulier et déréglé. Elle avait quelquefois au moment du repas une anorexie insurmontable, et un quart d'heure après, une faim irrésistible; elle passait des jours entiers sans manger, et le lendemain elle prenait des aliments avec avidité. Elle était dans des terreurs continuelles, craignant également de manger et de ne pas manger; elle ne pensait qu'à sa digestion. La maigreur était extrême. Il était impossible d'obtenir de cette malade qu'elle se soumît avec quelque persévérance à un traitement régulier. Le 2 septembre, après avoir mangé, à la fin de son dîner, de la tarte aux pêches, elle eut des nausées, un grand malaise et des douleurs d'estomac et des anxiétés si pénibles, que la nuit se passa sans sommeil; elle n'eut cependant ni vomissements, ni selles. Le 3 septembre, elle prit de l'eau de veau et un lavement qui provoqua une selle de matières mal digérées. Le soir, elle était très faible et son pouls était à peine sensible; elle n'avait plus qu'un sentiment de fatigue à l'épigastre. Le 4 septembre, elle était mieux, le pouls s'était relevé, et le désir d'aliments se faisait sentir; un potage fut pris sans accident. La nuit suivante fut fort agitée et sans sommeil. Le 5 septembre, il se manifesta quelques mouvements convulsifs, surtout à la mâchoire inférieure. La malade perdit connaissance et succomba vers quatre heures du soir; elle avait alors vingt-quatre ans. Le surlendemain l'ouverture du corps fut pratiquée. Le cadavre était au dernier degré du marasme. Les enveloppes du cerveau et cet organe lui-même étaient le siège d'une légère injection sanguine; il y avait une cuillerée environ de

sérosité dans les ventricules latéraux. Les poumons étaient sains. Le poumon droit avait un petit volume et adhérait à la plèvre costale. Le cœur était d'un petit volume. Quelques points de la muqueuse de l'estomac, surtout vers la partie postérieure de cet organe, étaient légèrement piquetés de rouge. La muqueuse de l'estomac et des intestins était dans l'état physiologique le plus parfait; elle n'offrait ni rougeur, ni ulcérations, ni épaississements, ni cicatrices, ni amincissements. L'estomac et les intestins grêles, qui n'étaient point distendus par des gaz et dont le diamètre paraissait un peu rétréci, contenaient une petite quantité d'un liquide muqueux et rougeâtre, analogue à de la lie de vin délayée dans beaucoup d'eau. Les gros intestins renfermaient quelques matières fécales bien digérées. Le foie était sain, mais très volumineux et refoulant le diaphragme en haut, ce qui expliquait peut-être la petitesse du poumon droit. Tous les autres viscères abdominaux et les glandes des intestins étaient sains. Les plexus du grand sympathique, examinés avec une grande attention, furent également trouvés dans l'état normal [1]. »

Les résultats les plus saillants de cette observation sont, sous le rapport de l'anatomie pathologique, l'absence constatée de toute lésion de texture des viscères abdominaux. Les seuls désordres reconnus se réduisaient à quelques traces d'injection vasculaire de la muqueuse de l'estomac, et au volume augmenté du foie dont les tissus n'offraient du reste aucune altération morbide. Cette injection congestionnelle de la muqueuse gastrique, et le volume augmenté du foie qui subit de larges variations par l'état de pléthore ou de vacuité des vaisseaux qui entrent en si grande quantité dans sa structure, n'étaient ici que les vestiges des changements dans la circulation de l'appareil vasculaire abdominal que nous avons également reconnus après les dyspepsies cardialgiques aiguës.

[1] Barras; *Traité sur les gastral. et les entéral.*, t. II, obs. XX, p. 135.

2621. Les conséquences d'une observation comme celle que nous venons de rapporter sur une maladie dont la durée a été de plusieurs années, sont d'une beaucoup plus grande valeur que celles qui pourraient se déduire d'observations sur des cardialgies ou des cardio-entéralgies aiguës. La longue durée, la gravité et les récidives fréquentes des accidents abdominaux ne permettent pas d'admettre que les altérations des tissus, dont ces accidents n'auraient été que les symptômes, seraient restées assez peu profondes pour disparaître tout à fait par les changements qui précèdent ou qui suivent immédiatement la mort.

De la congestion sanguine des viscères abdominaux constatée par les anciens dans les hypochondries.

2622. La congestion vasculaire sanguine du tube digestif et des organes abdominaux, signalée dans les précédentes observations, a été constatée comme résultat de recherches sur les cadavres des hypochondriaques, dès le commencement du dix-septième siècle, par Chris. Guarinoni[1], et quelques années plus tard, par Balth. Brunner[2].

De la tuméfaction de la rate chez les hypochondriaques.

2623. La tuméfaction de la rate, chez les hypochondriaques, ne serait qu'un effet de la congestion qu'il faudrait considérer comme un phénomène du même ordre que celle des vaisseaux mésaraïques, s'il était démontré qu'elle existe aussi souvent dans cette dyspepsie chronique, que les anciens l'avaient pensé[3]. Sylvius de Le Boë, qui prétendait avoir ouvert plus de cent cadavres d'hypochondriaques, n'avait jamais constaté de tumeur splénique, mais il signala la congestion sanguine des vaisseaux de l'abdomen et du foie, et même la présence des produits d'une hémorrhagie dans l'estomac, qui montraient que la lésion gastro-intestinale avait été au delà d'une simple congestion sanguine[4]. La tuméfaction de la rate peut être constatée pendant la vie;

[1] *Consilia medicinalia*, etc. Venetiis, 1610. N° 584.
[2] *Consilia medica summo studio collecta.* Halœxonum. 1617. N° 7.
[3] Galenus; *De locis affectis.* lib. III, cap. VII.
[4] Franc. de le Boë Sylvii, *Op. med.*, lib. IV, *et in Observ. de anat. inspect. cad. mulier. prægn. hypochond.; in Misc. Curio. Ann.* IV et V, obs. 96.

nous ne l'avons rencontrée que dans quelques cas d'hypochondrie consécutive à des fièvres intermittentes chroniques.

2624. Comparetti a placé le siège des dyspepsies hypochondriaques dans les ganglions nerveux de l'abdomen; il a voulu justifier cette opinion par le résultat de l'ouverture du cadavre d'un homme de quarante ans qui périt d'une cardialgie hypochondriaque. L'appréciation de ce fait est nécessaire pour l'histoire anatomo-pathologique de la dyspepsie hypochondriaque. « Je trouvai, dit Comparetti, les » ganglions semi-lunaires très petits, tout à fait dénués de » graisse, ayant leur capsule à peine rougeâtre, indurée » et rugueuse. Leur tissu blanc vasculaire, ne présentait » pas de stries sanguines; leur substance rouge vasculaire » était contractée, affaissée et consistante, et leur sub» stance jaune nerveuse, était ferme, petite et cendrée, » de même que les cordons nerveux qui en naissent[1]. »

**De l'affection des ganglions nerveux de l'abdomen dans les dyspepsies hypochondriaques**

Tous les anatomistes qui ont souvent disséqué les ganglions abdominaux, reconnaîtront facilement que Comparetti s'est laissé tromper par une illusion. Rien n'est plus variable que le volume, l'injection vasculaire, la couleur et la densité des ganglions nerveux sur les cadavres; il n'est rien moins que rare de les rencontrer après les maladies les plus diverses dans l'état où ils étaient sur le corps de l'hypochondriaque disséqué par Comparetti, sans qu'on en puisse tirer même la conséquence qu'ils soient dans un état anomal.

2625. La distension du tube digestif par des gaz, est un état morbide qui se reconnaît pendant la vie dans beaucoup de cardialgies chroniques par la tuméfaction tympanitique de l'abdomen; elle peut disparaître au moment de la mort ou même dans les derniers jours de la maladie. Le plus ordinairement, à en juger par les faits rapportés par les auteurs, le tube digestif est rempli et distendu par des gaz, et le ventre météorisé sur le corps de ceux qui ont succombé

**De la distension du tube digestif par des gaz chez ceux qui sont affectés de dyspepsie acescentes.**

[1] *Occursus medici de vaga œgritudine infirmitatis nervorum.* Venetiis, 1780, p. 136.

aux accidents d'une cardialgie chronique, soit que cet état du tube digestif soit survenu au moment ou à la suite de la cessation de la vie, soit que, existant pendant la vie, il ait persisté après la mort. Ces variations ; dans l'apparition du météorisme intestinal, celles que l'on observe pendant la vie, souvent d'un jour à l'autre, pendant le cours des dyspepsies chroniques, ne permettent pas de rapporter cet état particulier des viscères abdominaux, comme une lésion essentielle, aux cardialgies chroniques et particulièrement aux dyspepsies hypochondriaques, ainsi que des auteurs ont voulu le faire[1]; il faut d'autant moins admettre cette opinion, que les faits par lesquels on a voulu établir l'existence constante du météorisme dans les cardialgies, et la nécessité de le considérer comme la cause immédiate des symptômes, ne sont pour la plupart que des exemples de cardialgies symptomatiques déterminées par des affections squirrheuses du tube digestif qui ont eu pour effet de rétrécir le canal alimentaire et de déterminer ainsi des distensions partielles de ce canal qui persistent sur les cadavres[2].

Des altérations de nutrition des viscères abdominaux déterminées par la continuité des désordres fonctionnels du tube digestif.

2626. Les désordres fonctionnels du tube digestif que les cardialgies chroniques provoquent, deviennent par leur continuité la cause d'altérations dans la nutrition des viscères affectés qui se retrouvent sur les cadavres. C'est ainsi que la fréquente répétition des vomissements, était nécessairement liée à la contraction irrégulière de la couche musculaire gastro-intestinale, finit par en déterminer l'hypertrophie. On trouve un exemple remarquable de cette altération secondaire du tube digestif dans une observation recueillie par H. F. Delius, sur une femme qui était affectée d'une cardialgie, dont elle avait l'habitude de modérer les accidents en buvant de l'eau de vie de grain ; cette femme se suicida par strangulation. On trouva sur son cadavre, l'es-

[1] Welschius; *Disput. de morbo hypochondriaco.*

[2] Hochstederus; *In act. nat curio.;* decad. v, p. 302 et 588.

tomac divisé comme en deux cavités par le resserrement qui résultait d'une contraction de la tunique moyenne, épaissie au point de former des faisceaux d'apparence ligamenteuse [1]. Trnka a fait remarquer avec raison, que Delius a tort d'attribuer l'hypertrophie des fibres de l'estomac à l'action topique de l'alcool de froment sur ce viscère; qu'il n'y faut reconnaître que le résultat de la fréquence des contractions spasmodiques de sa couche musculaire [2].

Altération des organes dans les dyspepsies, par suite de certaines habitudes particulières aux malades.

2627. Les ouvertures des cadavres, après les cardialgies chroniques, peuvent faire aussi rencontrer des altérations déterminées par des circonstances qui dépendent moins de la maladie elle-même que de certaines habitudes que les malades peuvent avoir contractées. Ainsi, Cohansen rapporte qu'un homme qui était sujet à de violentes douleurs cardialgiques, après avoir eu inutilement recours à de nombreux remèdes, se mit, par le conseil d'une vieille femme, à avaler les petits cailloux polis qu'il trouvait dans les ruisseaux; il en retira d'abord du soulagement, mais comme la fréquence du retour des douleurs déterminait la fréquence de l'usage du remède, la douleur finit par persister. Le malade tomba dans l'épuisement et périt. On trouva à l'ouverture de son cadavre, dans l'estomac près du pylore, un sac oblong, infundibuliforme comme un cœcum rempli de cailloux que le malade avait avalés [3].

2628. Nous devons placer parmi les altérations anatomiques qui se rapportent aux dyspepsies cardialgiques des lésions d'organes, qu'on peut constater médiatement ou immédiatement pendant le cours de la maladie, et sur lesquelles nous manquons d'observations nécroscopiques.

De la tuméfaction de la vésicule du fiel dans les dyspepsies cardialgiques.

2629. La tuméfaction de la vésicule du fiel dans certaines cardialgies bilieuses, ne peut être révoquée en doute sur la seule présence de la tumeur qui se produit au côté

[1] *Nova acta nat. curio.* t. VI, obs. 3.

[2] *Hist. cardialgiæ*, § XXIX, n° 4 (*b*).

[3] *Act. nat. curio.*, vol. III, Obs. 77, p. 256.

droit de l'épigastre, sous le bord externe du muscle droit antérieur de l'abdomen (2403, 2551). La nature de cette tuméfaction cystique, rapportée à l'engorgement de la vésicule par accumulation et stase de la bile, est évidente par la forme et la position de la tumeur, accommodées à la forme et à la position de la vésicule du fiel, et parce que l'apparition de cette tumeur et sa disparition sont toujours en rapport avec la suspension ou la production en excès du flux bilieux dans le tube digestif.

Des tumeurs abdominales dues à la stase des matières fécales dans les dyspepsies acescentes.

2630. L'accumulation des matières fécales dans le tube digestif, sous la forme de tumeurs dures et mobiles sur le trajet de l'arc du colon et dans le colon descendant, se reconnaît dans les dyspepsies cardialgiques par l'exploration de l'abdomen. Cette exploration est d'autant plus facile, dans la plupart des cas, que la présence des matières fécales endurcies coïncide avec une rétraction et un affaissement du ventre, qui indique qu'en même temps que des matières fécales stagnent et se durcissent dans l'intestin, les parois rétractiles de cet organe ne sont plus maintenues à un certain degré d'écartement, par des matières gazeuses, comme dans l'état normal. Cet état anatomique du tube digestif est l'opposé du météorisme intestinal produit par l'accumulation des flatuosités avec lequel on le voit quelquefois alterner, ou même coïncider lorsque les flatuosités occupent des parties du tube digestif, tandis que d'autres parties de ce canal sont obstruées par des matières fécales endurcies et sont rétractées ou affaissées sur elles-mêmes. C'est ainsi qu'on trouve le météorisme vers la région ombilicale, à l'épigastre et au flanc droit, tandis qu'on reconnaît par le palper la présence de matières fécales endurcies vers le flanc gauche. Les flatuosités déposées en excès dans l'appareil gastro-intestinal occupent dans ce cas les intestins grêles et le cœcum, pendant que les fèces endurcies se trouvent dans le colon lombaire gauche jusqu'à l'origine du rectum.

L'accumulation des matières fécales endurcies dans le

rectum, est une altération anatomique dont la présence se constate pendant la vie par l'exploration médiate de la fosse iliaque gauche, et par l'exploration directe de la partie inférieure de l'intestin. C'est encore là une lésion secondaire à certains accidents de la maladie; elle se rencontre surtout dans les dyspepsies acescentes chroniques ou hypochondriaques. Elle est rare, mais non cependant insolite dans les cardialgies bilieuses.

De la tympanite de l'estomac dans les dyspepsies cardialgiques.

2631. L'exploration médiate des viscères abdominaux fait reconnaître, surtout dans les paroxysmes cardialgiques et principalement dans les paroxysmes des cardialgies bilieuses, une altération de l'estomac qui consiste dans une distension de ce viscère par des gaz. Dans cet état tympanique du ventricule, la région épigastrique est tendue, elle résonne sous la percussion; le malade y éprouve un sentiment de gonflement et de distension qui va quelquefois jusqu'à gêner la respiration et à produire une véritable dyspnée. C'est surtout après les repas que ce météorisme de l'estomac se produit. Dans la plupart des cas, les mouvements des malades provoquent alors un bruit de fluctuation déterminé par le déplacement des liquides déposés dans le ventricule, entendu très distinctement par le malade et par ceux qui l'entourent. Cet état du tube digestif n'est rien moins que constant; il arrive même souvent qu'il se produit sur le même sujet à certaines époques de la maladie, et qu'il manque à d'autres; toutefois, il est fréquent dans les cardialgies hypochondriaques; il est certains cas de graves cardialgies chroniques où il ne manque à aucune époque. Cet état du tube digestif correspond vraisemblablement pendant la vie à ces distensions considérables, et surtout à ces déplacements de l'estomac et du tube digestif, particulièrement de l'arc du colon, qui ont été quelquefois constatés sur les cadavres d'individus qui ont succombé après avoir éprouvé des accidents cardialgiques plus ou moins graves et prolongés [1].

[1] P. Giller; *Act. helvet.*, vol. III, p. 10 *et sqq.*

ART. III. Appréciation physiologique des phénomènes des dyspepsies cardialgiques et de la nature des lésions gastro-intestinales qui existent dans ces maladies.

Du siége réel des dyspepsies cardialgiques.

2652. L'appareil gastro-intestinal est le siége de l'affection morbide essentielle et primitive des dyspepsies cardialgiques aiguës et chroniques, car tous les symptômes primitifs de ces maladies portent sur les actes qui concourent à l'accomplissement de ses fonctions. Tous les accidents des dyspepsies acescentes provenant de l'altération des actes physiologiques indispensables à la digestion [1], les anomalies morbides de chacun de ces actes déterminent les formes diverses des dyspepsies cardialgiques et leurs accidents essentiels et accessoires si multipliés.

De la nature de la condition morbide essentielle des dyspepsies acescentes.

2653. Les actes physiologiques essentiels de la digestion sont les sécrétions gastro-intestinales, dont les produits sont les agents immédiats des modifications que les aliments et les boissons subissent pour fournir à l'organisme les molécules réparatrices que les absorbants puisent sur la muqueuse gastro-intestinale. C'est à l'altération de ces sécrétions que nous rapportons les dyspepsies cardialgiques. Sa présence se démontre par l'appréciation de tous les phénomènes constants dans ces maladies, depuis leur plus léger degré jusqu'à leurs formes les plus intenses, depuis les cardialgies accidentelles et temporaires qui ne comptent qu'à peine parmi les maladies, jusqu'aux cardialgies aiguës et chroniques les plus intenses et les plus réfractaires (1634.)

Causes immédiates de la perversion de l'appétit dans les dyspepsies acescentes.

2634. L'appétit est dans l'état normal de la santé la mesure de l'activité physiologique des fonctions digestives. Dans les dyspepsies cardialgiques, l'appétit est éteint, ou n'est plus en rapport avec l'état des fonctions digestives, soit parce

[1] L. Rivière a nettement établi ce point de doctrine en disant : « *Oriri etiam potest hæc affectio ex vitio ventriculi alimenta probe non concoquentis, sed ea in nidorosam cruditatem convertentis. Ventriculus igitur in hoc affectu plerumque cibos male concoquit, ut bonam eorum partem, in materiam nunc acidam, vel acerbam, nunc viscidam mutat.* » (*Prax. med.*, lib. XII, cap. V.)

qu'il est excessif, soit parce qu'il n'existe plus que comme l'appétence d'aliments et de boissons mal appropriés à l'action régulière de l'appareil gastro-intestinal. Par suite de cette perversion de l'appétit, les aliments ordinaires présentés à la bouche sont repoussés instinctivement ou reçus avec répugnance à cause de la saveur anomale ou désagréable qu'ils provoquent.

2635. La salive qui est déposée dans la bouche et portée continuellement dans l'estomac est plus abondante que dans l'état sain dans un grand nombre de dyspepsies cardialgiques; elle a une consistance visqueuse et une saveur acide, ou comme poivrée ou salée, par laquelle elle provoque une impression sensitive qui détermine la sputation; elle manifeste ses qualités anomales, en se mêlant difficilement aux aliments introduits dans la bouche. Cette altération de la salive contribue à rendre difficile, et quelquefois même impossible la déglutition, par la difficulté et la répugnance extrême que le malade éprouve à avaler sans appétit des aliments qui restent secs ou deviennent comme glutineux, sans saveur, à mesure que la mastication s'accomplit.

De la diacrise salivaire dans les dyspepsies acescentes.

Les qualités anomales du liquide sécrété dans la bouche se montrent souvent, surtout dans les dyspepsies cardialgiques chroniques et hypochondriaques, par une action topique nuisible de la salive, qui pendant qu'elle transmet au goût son acidité, exerce une action érodante sur les dents (2435, 2528, 2548), et provoque l'inflammation de la muqueuse gingivale et alvéolaire, et même la production de petites érosions aphtheuses sur la muqueuse buccale.

Dans tous ces cas, nous trouvons au début de la digestion les phénomènes immédiats d'une sécrétion anomale de la salive, et peut être en même temps des cryptes mucipares de l'isthme du gosier, une véritable diacrise bucco-salivaire.

2636. L'estomac dans l'état sain, surtout pendant sa vacuité, n'est le siège d'aucune impression pénible; il reçoit

Des phénomènes qui se rapportent à la diacrise gastrique.

sans en éprouver d'impression perçue par le sensorium, la salive et le mucus continuellement avalés, et les liquides muqueux et le suc gastrique sécrétés par ses parois. Dans la dyspepsie, l'estomac est souvent, même à l'état de vacuité, le siège d'impressions pénibles qui provoquent des douleurs brûlantes, distensives, érodantes, gravatives (2492 *et sqq.*); il se soulève contre la cause de ces douleurs et repousse par régurgitation ou avec des nausées et des vomissements, des liquides plus ou moins visqueux, quelquefois sans saveur, le plus souvent acides, dans quelques cas amarescents et mêlés de bile (2523 *et sqq.*), quoique dans l'état sain, la bile ne doive point arriver dans sa cavité.

Lorsque la diacrise salivaire est considérable, comme dans beaucoup de dyspepsies chroniques, et par exemple dans celles des femmes grosses, les liquides rejetés par l'estomac proviennent en grande partie de la salive avalée, surtout pendant la nuit et durant le sommeil; mais la présence de la bile dans ces liquides, les mêmes phénomènes éprouvés lorsque la diacrise salivaire est modérée ou même inaperçue, les qualités acides des liquides rejetés de l'estomac qui ne doivent se montrer dans la vacuité de l'estomac que lorsque la sécrétion du suc gastrique est excitée au delà de ses limites, l'abondance de ces liquides rejetés dans beaucoup de cas et à des intervalles très rapprochés, ne permettent pas de douter que l'estomac ne soit alors le siège d'une sécrétion anomale, dont les produits mettent en jeu son irritabilité et contre lesquels il réagit. Aussi, voit-on, dans la plupart des dyspepsies acescentes, les douleurs qui expriment la souffrance de l'estomac se calmer dès que cet organe a repoussé les liquides accumulés dans sa cavité, et ne se rallumer que lorsque de nouveaux vomissements vont se produire, parce que la diacrise continue à déposer dans le ventricule les matières sécrétées en quantité ou avec des qualités anomales. Dans quelques cardialgies aiguës intenses, dans les exacer-

bations cardialgiques des dyspepsies chroniques ou hypochondriaques, ces accidents sont d'une extrême intensité; la quantité des liquides rejetés est très grande et leur acidité très prononcée (2457), les douleurs gastriques sont très vives et prennent, avec les efforts des vomissements, le caractère de ces douleurs excessives qu'on a appelées *crampes d'estomac* (2500).

Dans cet état de vive souffrance de l'estomac, la région épigastrique qui est le siège des douleurs spontanées, est aussi le siège des douleurs à la pression (2496), et l'état de malaise général et d'anxiété que le malade éprouve a les mêmes caractères que dans les violentes douleurs d'estomac provoquées par l'ingestion des poisons âcres.

De la cause des accidents gastriques provoqués par la diacrise de l'estomac.

2637. Tous ces accidents nous montrent d'une manière évidente les effets immédiats d'une diacrise gastrique provoquant les phénomènes de la dyspepsie cardialgique. L'irritabilité exagérée de l'estomac, les contractions spasmodiques dont il est le siège, sont les symptômes nécessaires de l'état de turgescence sécrétoire dont cet organe est le siège, et de l'influence topique irritante que les liquides sécrétés en quantité exagérée et avec des qualités anomales exercent sur ses parois. Dans cet état intense de la dyspepsie cardialgique aiguë, les accidents s'élèvent, comme l'a remarqué Schmidtmann, jusqu'à la forme et à la violence des symptômes de la phlogose de l'estomac[1]. Il arrive ici pour l'estomac ce que nous trouvons pour tous les autres organes affectés de diacrise aiguë : le passage de la forme diacritique à la forme inflammatoire à cause de l'intensité de l'orgasme sécrétoire (1561 *et sqq.*).

Rapports de la faim avec la diacrise de l'estomac dans les dyspepsies cardialgiques.

2638. Le sentiment de la faim et de la soif, qu'il ne faut pas confondre avec l'appétit, est dans l'état sain l'expression du besoin de mettre en activité les fonctions digestives par l'ingestion des aliments ou des boissons. Le système ner-

[1] *Cardialgia violenta non longe abest a ventriculi phlogosi.* (Schmidmann, *Summa obs.*, loc. cit.)

veux est évidemment chargé de transmettre la sensation de la faim et de la soif au sensorium ; mais ces besoins s'accompagnent de modifications organiques qu'il importe de signaler.

2639. Lorsqu'on a faim, la salive est sécrétée en excès dans la bouche, la sensation douloureuse éprouvée à l'estomac s'accompagne d'éructations, et même parfois de la régurgitation de liquides acides dans la bouche. Ce fait joint à la considération de la synergie qui lie la sécrétion salivaire à celle du suc gastrique, pourrait servir à appuyer l'opinion de Hunter qui attribuait la faim à l'action immédiate exercée sur l'estomac par le suc gastrique. Quelque opinion qu'on adopte sur ce point, il est de fait que le sentiment de la faim est lié à une modification dans la sécrétion de la salive, et probablement dans celle de l'estomac. Dans les dyspepsies cardialgiques, la faim se manifeste souvent comme phénomène morbide ; tantôt elle existe à un degré insolite ; d'autres fois elle arrive sans nécessité, lorsque l'estomac vient de recevoir des aliments (2514) ; dans certains cas, elle ne survient pas lors même que le besoin de prendre des aliments doit exister (2513) : elle est chez quelques sujets accompagnée de douleurs vives à l'estomac, de nausées, d'éructations brûlantes pénibles, et même de vomissements pituiteux sans saveur ou sans odeur. Dans tous ces cas, lors même qu'on ne voudrait attribuer la faim de l'état sain et la faim de l'état morbide qu'à une simple action nerveuse, il est impossible de méconnaître qu'elle se lie à une modification réelle des sécrétions du tube digestif, et que cette modification est surtout prononcée dans les anomalies de la faim qui se rattachent comme symptômes aux dyspepsies cardialgiques.

Rapports du phénomène de la soif avec la cause immédiate des dyspepsies acescentes.

2640. Les mêmes remarques sont applicables au phénomène de la soif à l'état sain comme à l'état de maladie. Dans la soif, la salive devient visqueuse et épaisse ; elle développe à la bouche et à l'isthme du gosier une saveur brûlante et

légèrement amère ; au plus haut degré de la soif cette sensation se propage le long de l'œsophage jusqu'à l'estomac, qui transmet alors un sentiment d'ardeur douloureux. Chez les malades affectés de dyspepsie, dont la soif exagérée est un symptôme porté quelquefois jusqu'à la polydipsie (2515), tous ces phénomènes immédiats de la soif se produisent à de courts intervalles et avec une évidente exagération. L'action sécrétoire viciée se trouve encore là comme le phénomène pathologique principal.

**De la cause des phénomènes généraux provoqués par la faim et la soif dans les dyspepsies cardialgiques.**

2641. La sensation irrégulière de la faim et de la soif chez ceux qui ont une dyspepsie cardialgique, détermine à un plus haut degré que chez ceux qui éprouvent cette sensation dans l'état de santé, les phénomènes de défaillance et de faiblesse générale qui lui appartiennent. Il arrive même que ces phénomènes vont jusqu'à déterminer la syncope et des accidents spasmodiques. Cela se voit dans le pica, qui est la forme de dyspepsie où la faim irrégulière et la soif exagérée sont des accidents habituels (2516). Ce sont là des accidents généraux symptômatiques de l'état morbide des voies digestives qui se conçoivent facilement : ils se produisent comme symptômes de la souffrance des organes digestifs dans bien d'autres formes de maladies ; ils démontrent l'existence de l'état morbide de l'estomac, et de l'irritabilité exagérée dans laquelle il jette les organes digestifs et tout le système nerveux ; ils démontrent l'existence de l'état anomal des conditions organiques de l'appareil de la digestion. Ce serait méconnaître la corrélation de ces accidents que de les considérer comme primitifs ou comme propres à expliquer un état de maladie qui se montre d'abord et avant tout, dans tous les cas, dans l'appareil gastro-intestinal. Thomson s'est assuré que dans les cas de faim anomale des dyspepsies cardialgiques, les liquides sécrétés dans la bouche et déposés dans l'estomac en grande quantité, ont des qualités acides très prononcées ; c'est à leur présence sur la muqueuse gastrique qu'il

attribue la sensation d'ardeur et de brûlure que les malades éprouvent à l'épigastre et les éructations acides qui les tourmentent sans les soulager [1] (2457).

Causes immédiates des accidents produits par les stimulants directs de l'estomac dans les dyspepsies acescentes.

2642. L'estomac dans l'état de santé reçoit les aliments et les boissons sans transmettre au sensorium aucune impression pénible ; si l'ingestion alimentaire se fait pendant la faim et la soif, le sentiment douloureux que ces besoins provoquent, cesse immédiatement, même dès le contact des aliments et des boissons avec la muqueuse buccale. C'est qu'il y a un rapport normal entre l'excitant introduit et les organes sur lesquels il agit, et que les modifications organiques qui se rattachent à la faim et à la soif s'interrompent. Dans l'état de dyspepsie cardialgique, il arrive assez souvent que le seul contact des aliments et des boissons, ou du moins de certains aliments et de certaines boissoins, que l'ingestion ait été ou non précédée du sentiment de la faim, ou qu'elle ait été faite avec ou sans appétit, détermine une douleur à l'estomac, et exaspère ou provoque les éructations, les nausées et quelquefois les vomissements. Ces phénomènes démontrent évidemment que la susceptibilité des organes pour le contact de leurs excitants physiologiques est exagérée, ou que les excitants physiologiques exercent sur les parois du tube digestif une action stimulante insolite. Cette exagération de l'irritabilité qui se montrait même dans l'état de vacuité de l'organe de la digestion persiste et devient encore plus évidente par le contact des aliments et des boissons. C'est là une condition commune à tous les organes affectés de diacrise, ils sont dans un état de turgescence qui rend pénible et douloureux pour eux le contact des stimulants qu'ils supportaient facilement dans l'état sain (1561).

Comment se produisent les accidents qui surviennent pendant la digestion dans les dyspepsies acescentes.

2643. Après l'ingestion des aliments dans l'état de santé, l'élaboration digestive se fait dans l'estomac sans aucune

[1] *Mémoire lu à Birmingham devant les membres de l'Association de la Grande-Bretagne* (Bristish association). *Bristish and foreign med. Review*, jan. 1840.

sensation pénible et même sans phénomène appréciable. Il n'en est plus de même pour peu que l'acte digestif ait à s'accomplir sur une masse alimentaire qui ait un volume insolite ou qui soit formée d'aliments trop stimulants ou d'une coction difficile. Les phénomènes qui se produisent alors sont, du côté de l'estomac, un sentiment de réplétion et de chaleur qui s'étend à l'extérieur sous la forme d'une distension épigastrique qui met hors d'état de supporter toute compression extérieure ; du côté de la gorge et de la bouche, c'est la présence d'une salive visqueuse et un sentiment d'ardeur au gosier qui donne un certain degré de soif. Pour phénomènes généraux, c'est un sentiment d'accablement et de propension au sommeil, de la pesanteur à la tête, un état voisin de la fièvre dans lequel le pouls est plus élevé et qui débute souvent par une plus grande aptitude au froid et même par des horripilations.

De la connexion des accidents de digestion avec la diacrise gastrique.

2644. Ces phénomènes d'une digestion plus difficile qu'elle ne doit l'être dans l'état de santé, sont le point de départ, le plus léger degré des symptômes que la dyspepsie provoque après les repas; s'ils surviennent chez des personnes en bonne santé, ils ne constituent qu'une indisposition temporaire; s'ils se reproduisent fréquemment, et surtout s'ils reviennent après chaque repas, et lors même que la quantité et les qualités des aliments n'ont rien d'insolite, ils sont les symptômes d'une dyspepsie peu intense, tel qu'on a en effet souvent l'occasion de l'observer. Dans les dyspepsies cardialgiques, l'ingestion de la plupart des aliments faite avec mesure, quant à leurs quantités et leurs qualités, est suivie des mêmes accidents qui se produisent quand l'estomac à l'état sain est accidentellement surchargé d'aliments en quantités ou de qualités anomales; tous ces accidents sont alors le résultat du travail de coction pénible qui se fait dans le ventricule, et comme ce travail pénible ne trouve plus son origine dans la nature et la quantité des aliments, c'est évidemment à l'altération de la quantité ou

des qualités normales des instruments immédiats de la digestion, c'est à dire des liquides sécrétés dans l'estomac, qu'il faut les attribuer.

De l'origine des accidents généraux des dyspepsies déduite de l'altération des fonctions digestives.

2645. Si les accidents qui se produisent pendant la digestion stomacale, prennent plus d'intensité, comme cela arrive en effet le plus ordinairement, les éructations acides, les douleurs constrictives à l'estomac, le sentiment de distension de cet organe, les nausées, les vomissements, sont les accidents locaux immédiatement déterminés par la coction difficile et imparfaite des aliments ; la sécrétion salivaire augmentée outre mesure, au point de remplir la bouche de matière liquide visqueuse, comme gommeuse ou acide, la soif, la constriction de la gorge, sont les accidents provoqués synergiquement sur la partie supérieure du tube digestif ; l'agitation, l'anxiété, la somnolence, les douleurs de tête, le froid général, le froid des extrémités, sont les symptômes généraux qui dépendent de l'influence exercée par l'estomac souffrant sur tout l'organisme ; l'intensité des accidents ne change rien à leur nature, ce n'est qu'une différence du plus au moins.

De la cause immédiate des indigestions dans les dyspepsies cardialgiques.

2646. Si l'on surcharge l'estomac dans l'état de santé, d'une trop grande quantité d'aliments ou d'aliments de coction trop difficile, la digestion pénible et douloureuse peut devenir impossible. L'estomac stimulé par une masse dont la chymification devient trop difficile ou trop lente, rendu plus irritable par la turgescence sécrétoire qui s'établit en ses parois pour fournir à la production du suc gastrique, stimulé par l'action topique des liquides même qu'il produit, entre en contraction irrégulière et provoque synergiquement la contraction des muscles des parois abdominales ; le vomissement survient et débarrasse le ventricule. Ces phénomènes, qui sont ceux des indigestions ordinaires, surviennent dans les dyspepsies aiguës et dans les exacerbations des dyspepsies chroniques déterminées par le travail de la digestion ; tantôt parce que les aliments ingérés

sont en quantité ou de qualités non appropriées à l'irritabilité morbide de l'organe, et plus souvent parce que les agents de la digestion, les sucs gastriques, n'ont point des qualités ou ne sont point en quantité normales. C'est alors à l'état de maladie des organes digestifs plutôt qu'à la nature des ingesta que les phénomènes morbides doivent être attribués.

2647. Après les digestions pénibles, l'estomac conserve pendant un jour ou deux un état de douleur plus ou moins obtuse; il y a des éructations nidoreuses ou acides et de l'anorexie. Les dyspepsies cardialgiques nous offrent les mêmes accidents après leurs exacerbations, persistant dans les intervalles des repas et des digestions. Souvent alors nous voyons survenir des nausées, des régurgitations, des vomissements, des éructations, qui nous montrent les produits de la sécrétion viciée intra-stomacale.

2648. L'observation des phénomènes ordinaires de l'indigestion accidentelle nous montre encore, après les accidents gastriques, les accidents intestinaux. La digestion intestinale est à son tour troublée par la qualité et la quantité anomale des matières chymeuses qui lui sont soumises; des borborygmes, la tension du ventre, des flatuosités, des douleurs tormineuses surviennent et des selles de matières imparfaitement formées, à demi liquides, sont rejetées par l'anus. Les mêmes accidents se produisent aussi après l'indigestion stomacale des dyspepsies aiguës et chroniques; les diarrhées stercorales qui surviennent par intervalles dans plusieurs de ces maladies ne sont autre chose que le résultat de l'indigestion cœcale qui est secondaire à la digestion stomacale imparfaite.

Des dérangements de la digestion intestinale dans les dyspepsies acescentes.

2649. Comme nous voyons souvent dans les indigestions accidentelles les vomissements composés d'abord d'aliments plus ou moins imparfaitement chymifiés donner ensuite issue à des mucosités acides, amarescentes, plus ou moins mêlées de bile, et ensuite à de la bile jaunâtre et

Du mode de production des excrétions bilieuses dans les dyspepsies cardialgiques.

verdâtre excrétée avec des douleurs cardialgiques plus ou moins vives, et des efforts de vomissements d'une plus ou moins grande intensité; nous voyons de même dans les cardialgies aiguës et dans les exacerbations aiguës des dyspepsies acescentes chroniques, le malade éprouver, avec les plus vives douleurs d'estomac, et le plus souvent avec une douleur comme térébrante sous l'hypochondre droit, au siège des canaux cholédoques et de la vésicule du fiel, des vomissements de bile brunâtre ou verdâtre plus ou moins répétés. Dans un cas comme dans l'autre, la souffrance de l'estomac synergiquement transmise à l'appareil hépatique détermine l'altération de la sécrétion et de l'excrétion de la bile[1] (2551 *et sqq.*). Le mouvement antipéristaltique de l'estomac et du duodénum fait refluer par le pylore, jusque dans la cavité de l'estomac, le liquide bilieux qui n'y doit point arriver dans l'état normal. C'est la diacrise bilieuse qui se joint à la diacrise du suc gastrique. C'est toujours une lésion de même nature qui constitue l'affection morbide primitive dont les vomissements bilieux ne sont que le résultat.

Nous trouvons encore la même condition morbide primitive dans les indigestions accidentelles et dans les cardialgies aiguës et les exacerbations aiguës des dyspepsies chroniques (2552), lorsque la bile, au lieu de remonter dans l'estomac et d'être rejetée en partie par les voies supérieures, se dépose dans l'intestin, suit le trajet normal des matières chymeuses, et se trouve excrétée sous la forme de selles bilieuses plus ou moins abondantes. Les douleurs tormineuses, les tranchées, les épreintes qui surviennent dans ces cas avec les selles bilieuses, sont l'effet de l'action topique de ces matières bi-

[1] Reil a signalé avec raison cette connexion synergique qui lie le foie à l'appareil gastro-intestinal comme la cause immédiate des flux bilieux, des tumeurs de la vésicule, de la formation de calculs dans sa cavité, et des ictères dans les différentes maladies du tube digestif et spécialement dans les dyspepsies hystériques et hypochondriaques et dans les dérangements de la digestion provoqués par les causes extérieures et principalement par les causes morales. (*Memorabilia clinica;* fascic. II, p. 122.)

lieuses, qui ne sont point destinées dans l'état normal à se trouver seules en contact avec les muqueuses des intestins qui succèdent au duodénum. L'action péristaltique augmentée de l'intestin, les efforts de défécation, disproportionnés le plus souvent à la quantité des matières à excréter, qui s'y joignent, sont le résultat de l'irritation intestinale provoquée par des contenus de l'intestin de qualités insolites.

2650. Tous les symptômes dont nous venons d'apprécier la valeur se rapportent aux formes les plus tranchées, le plus souvent aiguës, des dyspepsies cardialgiques. Il nous reste à établir que les symptômes des formes chroniques de ces maladies ne sont aussi que les phénomènes nécessaires des altérations de sécrétion des liquides qui sont les agents immédiats de la digestion.

Du trouble des excrétions alvines dans les dyspepsies acescentes, expliqué par la diacrise gastro-intestinale et hépatique.

2651. Dans la plupart des dyspepsies chroniques, la constipation se joint à tous les autres symptômes cardialgiques (2536).

Le plus grand nombre des physiologistes s'accordent à considérer la bile déposée dans les intestins grêles comme l'agent de la chylification, et en même temps comme le principe chimique qui sature, par ses propriétés alcalines, les acides que le suc gastrique a introduits dans le chyme ou qui y proviennent des aliments et des boissons. La présence de la bile dans les matières contenues dans les intestins aurait pour effet de déterminer sur leurs parois l'action excitante qui provoque à la fois l'action normale des cryptes et la contractilité péristaltique de la couche musculaire. L'appréciation des accidents des cardialgies tend à fortifier ce point de doctrine physiologique, puisqu'on remarque, en effet, que toutes les fois que la bile est versée en excès dans l'intestin, les excrétions alvines liquides surviennent, et que la présence de la diacrise bilieuse dans le cours des cardialgies fait d'ordinaire cesser la constipation et provoque des selles diarrhéiques bilieuses, et même des efforts d'excrétion

intestinale disproportionnés avec la quantité des matières à excréter (2541). C'est là la cause immédiate des douleurs tormineuses dans le trajet du colon et des efforts de défécation avec ténesme, qui donnent peu de résultats et ne provoquent que des selles bilieuses. Lorsque la vésicule du fiel, distendue par la bile et tuméfiée, vient à se vider, des selles bilieuses surviennent et la constipation est interrompue. Il est donc évident que la bile concourt à favoriser les excrétions alvines, et que c'est en partie aux qualités anomales de ce liquide, et à sa trop petite quantité relativement à la surabondance des principes acides que les matières chymeuses emportent de l'estomac, qu'est due la constipation opiniâtre qu'éprouvent la plupart de ceux qui sont affectés de dyspepsie chronique. Toutefois nous trouvons aussi dans les accidents des dyspepsies chroniques une autre explication de la constipation habituelle : si les malades surchargent le tube digestif d'une trop grande quantité d'aliments, les accidents d'indigestion qui en sont le résultat se montrent, soit par les vomissements chymeux, soit par les évacuations stercorales liquides. Si, comme cela est le plus ordinaire dans les dyspepsies cardialgiques, les malades ne prennent qu'une petite quantité d'aliments, malgré l'exacerbation des douleurs cardialgiques qui en résulte, la constipation persiste. N'est-il pas probable qu'alors la quantité de matières chymeuses, et par suite de matières chyleuses formées, est insuffisante pour les besoins de réparation du corps, et se trouve ainsi épuisée par l'absorption intestinale de tous ses principes liquides. La constipation serait alors le résultat d'une quantité d'aliments habituellement insuffisante, tout comme la constipation souvent si grande qui survient dans la convalescence des maladies, lorsque la quantité d'aliments ingérés ne fournit qu'une quantité de chyle disproportionnée aux besoins de réparation du corps. Quelle que soit l'explication que l'on admette, il est dans tous les cas incontestable que c'est à l'imperfec-

tion de la digestion dans l'estomac et l'intestin grêle, et par conséquent à l'altération des sucs digestifs, que cet accident doit être attribué.

2652. Les douleurs que les malades ressentent dans les cardialgies, ne consistent pas seulement dans les impressions pénibles que provoquent dans l'estomac les phénomènes de la digestion difficile et imparfaite, et la présence des sucs digestifs modifiés dans leur quantité ou leurs qualités; elle est aussi l'effet des conditions anomales qui résultent de l'imperfection de l'acte digestif stomacal; ainsi, la présence des gaz dans le tube intestinal en quantité insolite pendant la digestion, dans un grand nombre de dyspepsies, distend d'une manière anomale le tube digestif, rend pénibles ses mouvements, et provoque la sensation d'anxiété et de distension à l'épigastre, lorsqu'elle n'occupe que la partie supérieure du tube digestif, et vers les flancs et l'ombilic lorsqu'elle s'étend aux intestins (2526). C'est une loi commune que tout organe qui subit une distension insolite devient douloureux. La distension de la vésicule du fiel par la lésion secondaire de la sécrétion et de l'excrétion bilieuse dans les cardialgies bilieuses, provoque la douleur en même temps que la tumeur au siège de ce réservoir (2551).

De la cause des douleurs de l'estomac dans les cas de dyspepsie où le tube digestif est distendu par les gaz.

2653. Tout organe sécréteur dont l'action est exagérée, devient plus irritable et se tuméfie même à un certain degré (1561). Cet état d'orgasme diacritique est une des causes qui déterminent la douleur d'estomac chez les dyspepsiques; c'est à lui aussi qu'il faut attribuer la douleur des hypochondres, et surtout de l'hypochondre droit, constante dans les dyspepsies bilieuses où l'activité plus grande de la sécrétion hépatique est nécessairement liée à l'état d'orgasme du foie. Cette douleur par turgescence sécrétoire du foie s'étend, comme toutes les douleurs qui proviennent de cet organe, en remontant dans les parois et les parties profondes de la poitrine jusque vers l'épaule. C'est là une des formes qu'on lui voit le plus fréquemment

revêtir dans les dyspepsies chroniques (2492) ; elle la prend souvent au moment où se prononcent les exacerbations des accidents, sous la forme de flux bilieux, par les vomissements et par les selles.

De l'altération de la sécrétion pancréatique dans les dyspepsies acescentes.

2654. La sécrétion pancréatique concourt à la digestion ; il n'est pas douteux qu'elle ne soit modifiée dans les dyspepsies cardialgiques comme les autres sécrétions qui servent par leur produit à l'accomplissement de cette fonction. L'action du pancréas s'accomplissant d'une manière synergique avec celle des autres glandes dont les produits sont nécessaires à la digestion, il n'est pas possible que la sécrétion pancréatique ne subisse pas les mêmes dérangements que ceux de ces glandes, puisque ces dérangements se rapportent surtout à l'accomplissement de la digestion auquel elle participe.

Nous sommes porté à attribuer à la diacrise pancréatique, la douleur profonde spontanée, mais surtout provoquée à la pression, qui se fait sentir dans un grand nombre de dyspepsies chroniques entre l'appendix xiphoïde et l'ombilic, au siége des pancréas. Il nous semble aussi probable que les douleurs pulsatives occasionnées par les battements de l'aorte au siége de la glande pancréatique (2508), sont le résultat de l'irritabilité exagérée de la masse de cette glande et des parois de l'estomac, qui fait sentir comme une douleur l'impression mécanique des battements artériels, qui n'est pas perçue dans l'état de santé. Cette irritabilité exagérée du pancréas qui changerait une impression physique inaperçue en une impression douloureuse, serait de même nature que l'irritabilité exagérée du foie ou des canaux cholédoques dans les dyspepsies bilieuses ; c'est un phénomène de turgescence sécrétoire.

Cause immédiate des douleurs abdominales dans les dyspepsies chroniques.

2655. Ce n'est pas seulement à l'état morbide de l'estomac et des glandes annexes, telles que le foie et les poumons, que doivent être attribuées toutes les douleurs fixes qui sur-

viennent dans l'abdomen dans les dyspepsies cardialgiques chroniques ; le tube digestif inférieur devient aussi le siége de souffrances quelquefois très vives. La quantité ou les qualités anomales du chyme déterminent dans les dyspepsies chroniques comme dans les dyspepsies aiguës l'imperfection de la coction qui doit se continuer dans les intestins. Le travail insolite que cette fonction exige, les gaz qu'elle développe, deviennent l'origine d'un état d'irritation, de distension, de mouvements irréguliers de déplacement des liquides, d'où résultent les douleurs térébrantes, tensives, l'anxiété, la gêne consécutive des mouvements du diaphragme, qui rend les mouvements respiratoires anxieux; tous ces phénomènes ne sont ainsi que l'effet de l'indigestion continuée dans les intestins. Les douleurs se produisent dans ces cas au siége des parties affectées; elles occupent surtout la moitié gauche de l'épigastre jusqu'au nombril, lorsque c'est particulièrement des intestins grêles, qui sont agglomérés dans cette région, que les accidents proviennent; elles se propagent et descendent vers la fosse iliaque droite en se rapprochant du cœcum dans les dyspepsies où l'on voit se produire par intervalles les selles diarrhéiques, qui sont le résultat immédiat d'une véritable indigestion cœcale consécutive à l'indigestion gastrique.

Cause immédiate des symptômes qui se produisent dans les dyspepsies acescentes sur des organes éloignés du tube digestif.

2656. Les symptômes qui se produisent sur les organes éloignés du tube digestif, siége originel de la maladie, dans les dyspepsies aiguës et chroniques, proviennent de l'influence normale que les fonctions de la digestion exercent sur les autres fonctions. Cette influence se voit déjà dans les indigestions accidentelles ; elle se produit de la même manière dans les dyspepsies cardialgiques. Ainsi, la pesanteur de tête, les vertiges, la propension à l'assoupissement, que nous observons dans les simples digestions pénibles accidentelles, se retrouvent comme phénomènes habituels des dyspepsies. Ces symptômes s'exaspèrent pendant la digestion, ou même ne se montrent qu'à ce moment,

parce que c'est alors surtout que les organes digestifs s'élèvent à leur plus haut degré de vitalité, et par conséquent exercent toute l'influence qu'ils peuvent avoir sur l'organisme, c'est d'ailleurs aussi alors qu'ils sont le siège d'une plus grande souffrance, et, par conséquent, qu'ils ont aussi sur l'organisme toute l'action que produit toujours une douleur plus ou moins vive quel que soit son siège.

Causes immédiates accessoires des symptômes secondaires des dyspepsies acescentes chroniques.

2657. Les symptômes secondaires des dyspepsies participent nécessairement dans leurs formes du mode d'irritabilité particulier au sujet affecté. Ainsi, chez les jeunes femmes éminemment prédisposées aux accidents nerveux hystériformes, ces accidents se montrent comme phénomènes généraux dominants, déterminés par l'influence d'une digestion accidentellement troublée. Cette forme des symptômes secondaires se produit à bien plus forte raison encore et à un plus haut degré dans les cardialgies aiguës et chroniques, qui troublent le système nerveux avec plus de puissance à cause de la plus grande intensité des accidents gastriques, à cause de leur répétition plus fréquente, et enfin en raison de l'irritabilité anomale du système nerveux qui s'exalte par la continuité ou par la plus fréquente répétition des souffrances locales. Chez les sujets qui ont par leur tempérament et par leur âge une prédisposition aux accidents nerveux mélancoliques, de même que ces accidents se produisent par une indigestion accidentelle, ils surviennent par la continuité des digestions pénibles de la dyspepsie aiguë ou chronique.

2658. La forme spéciale que la maladie doit à ces circonstances n'empêche pas que le point de départ de tous les accidents ne se trouve dans le tube digestif; il arrive seulement que ces symptômes secondaires, par la prépondérance qu'ils acquièrent dans ces cas, masquent jusqu'à un certain point l'affection gastro-intestinale et impriment à la maladie cette forme insolite qui nous a forcé de consi-

dérer à part cette forme de dyspepsie cardialgique en la désignant à cause de ces symptômes sous le nom de *dyspepsie hystérique* ou *hypochondriaque.*

2659. Tous les accidents qui se produisent dans les dyspepsies hypochondriaques, manifestent leur dépendance de l'état morbide des organes digestifs par les variations de leur intensité et par les alternatives de leurs disparitions, de leurs retours et de leurs exacerbations qui sont toujours parallèles et subordonnées aux dérangements variables que subissent les fonctions digestives. Cette dépendance avait si vivement frappé les anciens qu'ils invoquaient les symptômes de l'hypochondrie pour prouver les rapports étroits qui lient l'estomac à tous les autres organes et ses fonctions à tous les actes qui sont sous l'empire du système nerveux[1]. Dioclès de Caristhe est le premier auteur de cette doctrine, que Galien et Rufus d'Ephèse ont adoptée. Aëtius l'a commentée en s'efforçant de démontrer par l'anatomie que les rapports des accidents de l'hypochondrie avec la souffrance de l'estomac sont la conséquence nécessaire des connexions nerveuses de l'appareil digestif avec les autres parties de l'organisme. Il a surtout insisté sur les rapports anatomiques de l'estomac avec les poumons et le cœur par les nerfs pneumogastriques pour expliquer les suffocations, les dyspnées, les palpitations qui sont les symptômes si fréquents et si intenses de la plupart des hypochondries[2]. Cette doctrine sur la nature de l'hypochondrie a été celle de presque tous les maîtres de l'art des temps passés; elle a été

Des accidents de l'hypochondrie attribués à l'affection des organes digestifs.

[1] Q. Serenus Samonicus l'a résumée par les vers suivants :

« *Qui stomachum regem totius corporis esse*
» *Contendunt, vera niti ratione videntur.*
» *Hujus enim validus firmat tenor omnia membra :*
» *At contra ejusdem franguntur cuncta dolore.*
» *Quin etiam, nisi cura juvat, vitiare cerebrum*
» *Fertur, et integros illinc abducere sensus.*

*De medicina præcepta salub.*, § XIX.

[2] Aëtii; *Contrac. med. Tetrab. primæ;* tit. III, serm. II, cap. IX.

spécialement développée par Higmore [1], Ettmuller [2], Van-Helmont et F. Hoffmann [3].

Discussion sur les faits qui montrent le rapport des accidents morbides hypochondriaques avec l'affection du tube digestif.

2660. Pour bien comprendre la doctrine qui rapporte tous les accidents de l'hypochondrie à l'affection de l'estomac et aux dérangements des fonctions digestives, il ne faut pas considérer exclusivement les observations sur les hypochondries graves et chroniques; les accidents nerveux affectant des organes éloignés du tube digestif sont souvent dans ces cas si prononcés comparativement aux symptômes gastro-intestinaux, que l'on a beau savoir toute l'influence que cet appareil et ses fonctions exercent sur l'organisme, l'on n'arrive encore que difficilement à attribuer de grands désordres généraux à une affection locale marquée par des symptômes si peu marqués. Les facultés intellectuelles sont quelquefois elles-mêmes affaiblies ou perverties à un tel

[1] Higmore non seulement rapportait l'hypochondrie à l'affection gastrique, mais il considérait cette affection de l'estomac comme une perturbation des fonctions qu'il remplit comme organe de la digestion. Voici ses paroles, dans lesquelles nous ne voudrions supprimer que la doctrine erronée admise de son temps sur le mécanisme des fonctions digestives : « *Dum in ventriculo affectionis hypochondriacæ sedem ponimus, volumus in eo fibrarum nimiam relaxationem et debilitatem præcipue peccare, unde ingesti cibi nec debito calore foveri, comminui, et in intestina propelli possunt, sed partes tenuiores et spirituosæ, a debili fibrarum compressione in intestina protrusæ, a visceribus avidissime per vasa rapiuntur lactea, neglectis aut saltem non separatis crassis, militoribus et fibrosis particulis, nondum a ventriculo concoctis et dissolutis. Atque inde sanguis tenuior, flatulentus, ac nimium spirituosus, fermentationi perpetuæ obnoxius, ob fibrarum partiumque militum inopiam, assimilationi inaptus generatur.* » (Exercit. de affect. hypochondriaca *Oxoniæ* 1660.) Cette doctrine exposée par Higmore est surtout remarquable en ce qu'elle rapporte l'origine de l'état cachectique dans les hypochondries à l'affection des voies digestives par le chyle de mauvaise qualité qui en est le résultat, et en ce qu'elle établit la débilité des organes digestifs comme principe de ces maladies. Cette dernière opinion, qui ne peut soutenir la discussion, est encore adoptée par des médecins de notre époque. La production de la cachexie comme conséquence de la maladie des premières voies semble oubliée aujourd'hui, et constitue cependant l'une des observations les plus vraies et les plus importantes sur la nature des maladies dyspepsiques.

[2] *Op. omni. med.* t. I, p. 438.

[3] *Med. rat. syst.*, t. I, sect. II cap. VII.

degré, que lors même qu'on est convaincu, comme l'était Boerhaave, que « les désordres intellectuels ont souvent » leur siége et leurs causes dans le système nerveux du » ventricule [1], » on se persuade avec peine que des symptômes vésaniques aussi prononcés ne proviennent que du dérangement des fonctions digestives.

Appréciation de la doctrine qui place dans le cerveau le siége des accidents nerveux des dyspepsies hypochondriaques.

2661. C'est surtout en s'attachant aux faits où la dyspepsie ne fournit que des symptômes modérés sur lesquels le malade n'appelle même qu'à peine l'attention du médecin, tandis que les accidents nerveux secondaires sont intenses, qu'on se trouve entraîné avec Willis à rejeter l'opinion des anciens pour placer le siége immédiat de l'hypochondrie dans le système nerveux en général, ou même dans le cerveau. Cette doctrine ne résiste point à la discussion : si en effet l'on considère l'hypochondrie à sa période initiale, c'est toujours dans le tube digestif que se montrent ses premiers accidents. Si l'on suit le développement de la maladie, l'on voit les symptômes secondaires se joindre successivement aux symptômes immédiats de la dyspepsie; ainsi, en même temps que la nutrition se détériore, l'irritabilité du système nerveux devient de jour en jour plus vive, des accidents spasmodiques se manifestent au cœur, sous la forme de palpitations, dans les muscles de la poitrine, sous la forme de spasmes dyspnéiques, de hocquets, de constrictions anxieuses. Tous ces accidents acquièrent de plus en plus d'intensité, à mesure que la maladie marche; on les voit toujours aussi s'exaspérer pendant la digestion et lorsque les fonctions de l'estomac deviennent plus difficiles et plus douloureuses, etc. Maintenant, rapprochez les faits, et comparez les cas de dyspepsies cardialgiques chroniques, où les symptômes hypochondriaques sont modérés ou ne se montrent que par intervalles, avec ceux dans lesquels ces symptômes sont continus, vous serez frappé de l'identité de ces symptômes, et vous ne pourrez plus nier

[1] *Prælect. academ.*, De morbis nervosis; § VI.

que l'hypochondrie dans laquelle les accidents du tube digestif sont peu prononcés et les accidents nerveux intenses, ne soit qu'un degré différent ou une forme particulière de la même maladie dans laquelle tous les symptômes nerveux secondaires n'ont encore atteint ni la même intensité, ni la même persistance. Les changements qui se produisent lorsque la maladie décroit démontrent enfin la nature dyspepsique des hypochondries; à mesure que les digestions deviennent plus faciles et plus complètes, la nutrition générale reprend son activité, l'irritabilité du système nerveux s'émousse, les symptômes hypochondriaques proprement dits, perdent de leur intensité, s'interrompent ou ne reviennent plus que par intervalles, et surtout lorsque le tube digestif éprouve un trouble passager de ses fonctions.

Rapports de causes entre les symptômes des hypochondries et les accidents des dyspepsies chroniques.

2662. Nous résumons ces considérations par lesquelles nous établissons que l'hypochondrie n'est qu'une forme de la dyspepsie cardialgique, en disant qu'il n'est pas un symptôme des hypochondries qui n'ait été observé, soit isolé, soit avec d'autres symptômes habituels de ces maladies dans les dyspepsies ordinaires; qu'il n'est pas une seule de ces dyspepsies qui ne détermine des symptômes hypochondriaques lorsqu'elle atteint une certaine intensité, et qu'enfin il n'est pas une hypochondrie réelle qui n'ait présenté à son début, et qui ne conserve pendant toute sa durée des accidents de dyspepsie.

Des états morbides divers qui peuvent occasionner des symptômes d'hypochondrie

2663. La doctrine que nous venons d'établir sur l'hypochondrie a pour conséquence d'exclure cette maladie du nombre des affections idiopathiques qui constituent des individualités morbides isolées, et qui doivent à ce titre occuper une place séparée dans les cadres nosologiques. Toutes les hypochondries ne sont que des formes de maladies diverses. Les plus fréquentes sont des dyspepsies chroniques qui doivent leur forme spéciale à la forme particulière des symptômes nerveux qu'elles provoquent; c'est à elles que s'appliquent toutes les considérations qui viennent

d'être exposées. On trouve ensuite, et c'est une nouvelle preuve de l'influence qu'exerce le trouble des fonctions du tube digestif sur la production des symptômes hypochondriaques, les hypochondries symptômatiques des entéralgies tormineuses chroniques, puis encore les hypochondries déterminées par les carcinômes de l'estomac et du foie, qui sont les véritables mœléna des anciens. On observe en quatrième lieu la forme hypochondriaque de différentes cachexies, et particulièrement de la cachexie scorbutique. Enfin l'hypochondrie est aussi une forme particulière des mélancolies ; c'est l'histoire des symptômes de cette vésanie confondue avec les hypochondries par affection des premières voies, qui a fourni surtout à Willis et à son école les arguments par lesquels ils ont été conduits à rapporter toutes les hypochondries à une affection cérébrale.

Mode d'influence des dyspepsies sur toutes les fonctions organiques.

2664. Les fonctions digestives fournissent les éléments de réparation de tous les organes; cette seule condition physiologique fait concevoir comment l'un des effets les plus prononcés des dyspepsies est une influence débilitante qui porte sur toutes les fonctions. Le premier résultat de cette influence est la faiblesse générale extrême, le froid des extrémités, et même le rapide amaigrissement que produisent les cardialgies, lors même qu'elles ne sont point encore arrivées à l'état chronique (2609 *et sqq.*). A un degré plus prononcé, cette influence des digestions imparfaites, et par conséquent l'influence d'une absorption de chyle de mauvaise qualité, se décèle par la débilité et l'imperfection, et même la suppression de tous les actes de la vie nutritive. Les téguments se décolorent et se dessèchent, la diaphorèse est rare ou se montre sous la forme colliquative, la sécrétion smegmateuse imparfaite détermine la dessiccation et l'état comme terreux de la peau; les diastoles artérielles sont flasques et courtes, et les systoles du cœur rapides et faibles. Les membranes muqueuses et surtout la muqueuse utéro-vaginale,

deviennent le siège d'une exsudation passive séro-muqueuse plus ou moins abondante qui constitue le flux leucorrhéique si ordinaire chez les femmes affectées de dyspepsies chroniques (2575). Les urines, qui sont la sécrétion le plus en rapport avec les fonctions digestives et avec l'activité de toutes les fonctions organiques, subissent dans leur nature et leur aspect, et même dans leur quantité, tous ces changements dont la présence a été signalée par presque tous ceux qui ont décrit les cardialgies (2563).

Mode d'influence indirecte exercée sur les organes génitaux par les dyspepsies acescentes.

2665. Les fonctions génitales sont plus que toutes les autres fonctions dépendantes de l'activité de la nutrition et surtout de l'incitation sanguine qui en est la cause immédiate transmise par l'exercice circulatoire : aussi subissent-elles avant toutes les autres et plus qu'elles l'influence de la débilité générale dont l'organisme est frappé par l'imperfection des digestions. Les règles se suppriment, parce que les fonctions ovariennes, qui exigent une grande activité dans la circulation, s'interrompent (1118); la stérilité en est la conséquence (2464, 2577). Chez les sujets du sexe masculin, la semence imparfaitement élaborée ou même supprimée ne peut plus opérer la fécondation, d'où résulte l'impuissance si ordinaire chez les sujets affectés de cardialgie chronique, et surtout de dyspepsie hypochondriaque. La suppression des appétits vénériens et des érections, autre effet de l'affaiblissement secondaire des fonctions nutritives, contribue aussi à cette suspension des fonctions génitales.

Mode de production des accidents nerveux hypochondriaques dans les dyspepsies acescentes chroniques.

2666. Cet état cachectique que l'on remarque dans presque toutes les dyspepsies chroniques, et qui est particulièrement caractérisé par la maigreur, la décoloration des téguments, la mollesse des chairs, n'est donc, comme le remarque Rolfinc[1], qu'un effet parfaitement rationnel de ces maladies. C'est aussi à lui qu'il faut rapporter la débilité

[1] B. Guerner Rolfincius; *Ord. et meth. med. spec. consil.*, lib. VI, consil. II.

des fonctions du système nerveux, la mobilité de ses actes, la faiblesse de l'intelligence, l'aptitude à ressentir vivement toutes les impressions déprimantes, particulièrement caractérisée par la versatilité dans les résolutions, qu'on remarque si souvent chez ceux qui ont des dyspepsies chroniques. C'est ainsi que cet état général cachectique secondaire dans ces maladies devient la cause des phénomènes d'hypochondrie dont elles sont si rarement exemptes, et qui se montrent avec une intensité en général proportionnée à celle des symptômes cachectiques.

Comment les dyspepsies acescentes déterminent la mobilité des fonctions.

2667. L'état cachectique que produisent les dyspepsies est surtout remarquable par un caractère spécial qui n'est que l'effet d'une loi générale de l'organisme qui ne souffre pas d'exception, savoir que la débilité des fonctions est toujours liée à leur mobilité exagérée. C'est par suite de cette loi que tous ceux qui sont sous l'empire d'une grande atonie des actes organiques ressentent plus vivement et éprouvent plus rapidement les effets de toutes les causes excitantes et perturbatrices : c'est que la résistance à l'action des causes morbigènes diminue avec l'activité des fonctions. Cet état anomal se remarque dans toutes les maladies où les fonctions sont frappées d'une grande débilité; il devient la cause rationnelle de phénomènes graves dans les dyspepsies chroniques. C'est à lui surtout qu'il faut rapporter les mouvements fébriles erratiques, les palpitations, les mouvements spasmodiques, les aberrations plus ou moins durables des sensations qui surviennent quelquefois dans les dyspepsies cardialgiques aiguës, et presque toujours dans les dyspepsies cardialgiques chroniques. Ajoutons que les douleurs cardialgiques, plus vivement senties en raison même de l'état d'éréthisme où la maladie jette les sujets qu'elle affecte, sont aussi une cause continue et secondaire de la production de ces épiphénomènes par leur influence sur le système nerveux. C'est en tenant compte de toutes ces conditions qu'on explique

ces irrégularités si bizarres et si variables des fonctions des systèmes nerveux et circulatoire dans les dyspepsies hystériques et hypochondriaques.

Mode de production des maladies organiques dans les dyspepsies acescentes chroniques.

2668. On voit souvent des personnes chez qui des dyspepsies chroniques ont persisté pendant longtemps sans donner lieu à aucun accident de maladie organique, qui sont enfin affectées de ces maladies et succombent à leurs accidents. Schmidtmann rapporte des faits dans lesquels il a suivi le développement de tubercules pulmonaires et d'affections squirrheuses de l'estomac, consécutif à la maladie des voies digestives. Il attribue la production de ces maladies organiques aux perturbations de la circulation dans les organes digestifs et leurs annexes, occasionnées par les accidents spasmodiques des dyspepsies. Ces spasmes et ces congestions circulatoires nous semblent une hypothèse dont rien ne démontre la réalité; nous ne concevrions pas comment il en pourrait résulter des affections organiques tuberculeuses et carcinômateuses; cette interprétation des accidents est d'ailleurs incompatible avec le siège variable des affections organiques qui surviennent souvent dans ces cas sur des parties fort éloignées du siège des dyspepsies acescentes chroniques.

S'il est vrai que les poumons deviennent assez souvent tuberculeux chez des sujets affectés de cardialgie chronique, il est également vrai que chez des malades placés dans les mêmes conditions la tuberculisation affecte parfois les glandes sous-maxillaires par exemple, où nous l'avons vue se produire chez des jeunes filles affectées de cardialgies chroniques. Si des sujets affectés de dyspepsies chroniques ont quelquefois des carcinômes à l'estomac; il est également vrai que l'on observe quelquefois après des cardialgies prolongées, la production de ces carcinômes aux mamelles par exemple, à l'utérus ou dans d'autres parties. Comment pourrait-on concevoir une congestion déterminée par l'affection gastrique et liée à sa présence sur des organes

si différents? Ajoutons enfin qu'on ne conçoit pas facilement qu'une congestion chronique dont on n'observe pas d'ailleurs les symptômes avant la production de la maladie organique, puisse déterminer l'altération du tissu qui la constitue.

2669. Pour se rendre compte de la production des maladies organiques pendant le cours des dyspepsies acescentes chroniques, il faut d'abord faire la part des prédispositions individuelles qui en sont souvent la cause la plus puissante; il faut aussi considérer l'état général des sujets. La continuité d'action des causes débilitantes et la persistance d'un état cachectique, quelle qu'en soit la cause, telle est la condition étiologique principale de la plupart des maladies organiques. Rien de plus fréquent que de les voir se produire pendant la débilité extrême des fonctions déterminées par des causes déprimantes prolongées, comme des chagrins, des privations de bons aliments, l'action continue de l'humidité et du froid, etc. C'est évidemment ainsi qu'agissent les dyspepsies prolongées dans la production de ces lésions organiques. C'est par l'état cachectique qu'elles produisent, qu'elles occasionnent ces maladies secondaires qui viennent ajouter ou substituer leurs graves accidents à ceux de la cardialgie.

Phénomènes qui démontrent l'altération de sécrétion des organes sécréteurs gastro-intestinaux.

2670. L'autopsie médiate ou immédiate des produits sécrétés pendant la vie des malades affectés de dyspepsies cardialgiques aiguës ou chroniques, confirme la doctrine que nous admettons sur la lésion essentielle de ces maladies.

Pour les glandes salivaires, l'altération de sécrétion se reconnaît à la présence dans la bouche (2547), pendant la durée de la plupart de ces maladies, soit d'une manière continue, soit dans leurs exacerbations, d'une plus ou moins grande quantité de salive visqueuse, acide. La composition anomale de la salive se décèle immédiatement dans plusieurs cardialgies, et surtout dans les dyspepsies chroniques par l'érosion que subissent les dents, et par l'irritation

inflammatoire de la muqueuse bucco-gingivale (2548).

Pour les fluides déposés dans l'estomac, les modifications de leurs quantités ou de leurs qualités se manifestent immédiatement par les régurgitations et les vomissements, qui les amènent à l'extérieur sous la forme de liquides muqueux d'une extrême acidité ou de liquides amarescents mélangés d'une plus ou moins grande quantité de bile, quelquefois sous la forme de liquides bilieux jaunâtres, verdâtres, expulsés en quantité excessive (2530 *et sqq.*).

Les excrétions alvines, modifiées dans certaines dyspepsies cardialgiques, permettent de reconnaître immédiatement la diacrise intestinale par ses produits; ainsi, les flocons muqueux rendus avec les matières fécales, isolés ou étendus sous la forme d'une couche blanchâtre, grisâtre, à demi condensée à la surface des masses stercorales, ne laissent pas de doute que les cryptes intestinales ne donnent naissance à un liquide qui n'a plus ses qualités physiologiques. Les gaz excrétés par les éructations et par l'anus, ou qui se meuvent dans le tube digestif sous la forme de borborygmes ou qui distendent l'appareil gastro-intestinal au point de déterminer un certain degré de météorisme, démontrent évidemment que les sécrétions gastro-intestinales produisent anomalement ces liquides gazeux, ou qu'elles font naître des produits qui sont de nature à en déterminer le développement. Cette conséquence est rigoureuse pour toutes les dyspepsies cardialgiques, et ce sont les plus nombreuses surtout parmi les dyspepsies chroniques, dans lesquelles ces symptômes surviennent même pendant la vacuité de l'estomac. Pour celles dans lesquelles ces produits gazeux ne surviennent que pendant la digestion, on peut admettre qu'ils sont le résultat de la coction imparfaite des aliments et des boissons ingérées; c'est toujours admettre qu'il existe une altération réelle des fluides sécrétés, qui sont les instruments immédiats de la fonction digestive.

Conséquences

2671. Les observations faites sur les ouvertures des

cadavres de ceux qui succombent étant affectés de dyspepsies cardialgiques aiguës ou chroniques, se réunissent pour établir que les membranes gastro-intestinales et les organes glanduleux annexés au tube digestif, ne présentent aucune apparence d'altération de texture (2618); ce fait est une objection irréfragable à opposer à ceux qui seraient portés à ne voir dans ces maladies que des formes de l'inflammation des viscères abdominaux. Il serait impossible qu'une inflammation qui provoquerait des symptômes aussi intenses et aussi prolongés que l'ont été ceux de la plupart des dyspepsies cardialgiques, dont le cours a été interrompu par la mort, pût disparaître si complètement qu'on n'en retrouvât plus de trace sur le cadavre (2621). On voit, d'ailleurs, par les recherches sur les cadavres de ceux qui succombent avec les accidents réels d'une gastrite ou d'une gastro-entérite, que lors même que ces accidents ont été beaucoup moins intenses et beaucoup moins prolongés que ceux des dyspepsies cardialgiques, même modérées, la mort ne fait pas disparaître les désordres inflammatoires.

qui doivént se tirer des résultats de l'ouverture des cadavres sur l'état du tube digestif dans les dyspepsies acescentes.

2672. L'appréciation comparative des accidents morbides dans les catarrhes gastro-intestinaux et dans les dyspepsies cardialgiques, suffit pour éloigner la possibilité de l'existence réelle d'une inflammation dans ces dernières maladies. On n'observe jamais, en effet, dans les dyspepsies la sécheresse de la bouche, l'ardeur à la gorge, la rougeur de la langue et la soif vive des gastro-entérites. Si les vomissements surviennent dans les dyspepsies, ils ne sont ni aussi fréquents, ni aussi continus que dans les gastrites où ils se reproduisent par l'ingestion de la plus petite quantité d'aliment ou même de boisson. La douleur cardialgique des dyspepsies n'a ni la persistance, ni le caractère ardent des douleurs épigastriques de la gastrite. La chaleur et la sécheresse constantes de la peau sur l'abdomen et sur tout le corps pour peu que la maladie soit intense, l'état fébrile continu ou presque continu qui se montrent dans les gas-

Différences des dyspepsies cardialgiques et des catarrhes intestinaux.

trites et les gastro-entérites, n'arrivent point dans les dyspepsies cardialgiques. La présence des régurgitations muqueuses et acides, ou acescentes et bilieuses, de la tension du ventre, des borborygmes, des flatuosités, sont les seuls symptômes communs des cardio-entéralgies et des gastro-entérites; mais dans ces dernières maladies, ces symptômes coïncident toujours avec les accidents inflammatoires proprement dits, à savoir, les vomissements opiniâtres, la soif vive et continue, la sécheresse de la bouche, la soif incoercible, l'état fébrile continu ou rémittent, etc.

Rapports des lésions trouvées sur les cadavres après les dyspepsies acescentes avec la lésion fonctionnelle qui constitue ces maladies.

2673. Les ouvertures des cadavres, après les dyspepsies cardialgiques, font quelquefois reconnaître des altérations qui ne peuvent être l'effet que de la diacrise gastro-intestinale qui constitue ces maladies. On ne peut rapporter qu'à cette altération fonctionnelle les gaz contenus dans le tube digestif au point de le distendre, la présence des matières bilieuses ou muqueuses en excès, l'engorgement des voies biliaires par de la bile jaune ou verdâtre en grande quantité.

2674. La congestion sanguine qui se trouve quelquefois sur les cadavres dans tous les viscères abdominaux après les dyspepsies cardialgiques, peut être sans doute déterminée par l'état de la circulation à la fin de la vie; elle peut s'expliquer d'ailleurs par la maladie accessoire à la dyspepsie aiguë ou chronique qui produit la mort; on peut cependant l'attribuer rationnellement aussi à la dyspepsie cardialgique aiguë ou chronique elle-même.

L'activité circulatoire exagérée qui existe toujours à un certain degré dans les organes sécréteurs dont les fonctions sont devenues plus actives, a pour caractères physiques l'état de réplétion et de distension des vaisseaux par du sang en plus grande quantité, qui peut ne pas disparaître au moment de la mort. Considéré sous ce point de vue, cet état de congestion abdominale indépendant de toute altération de texture des organes, est plutôt une trace d'acti-

vité sécrétoire exagérée du tube digestif que de phlogose de ses tissus. On en a la preuve par ce fait, que cette congestion sanguine des vaisseaux mésaraïques, intestinaux et hépatiques, se rencontre presque constamment chez les sujets qui périssent par des accidents étrangers au tube digestif après les repas, pendant que la digestion et par conséquent les sécrétions par les produits desquelles elle s'accomplit, sont en pleine activité.

Exposition succincte des opinions des auteurs sur la nature des dyspepsies acescentes.

2675. La plupart des médecins du dernier siècle et quelques contemporains, rapportent les dyspepsies à un état de débilité du tube digestif, portant particulièrement sur les contractions de sa couche musculaire. Higmore admettait la coïncidence de cette condition morbide avec l'altération des sécrétions des liquides qui servent à la digestion (2659). F. Hoffmann faisait consister l'état nerveux qu'il considérait comme le principe des cardialgies, et surtout des cardialgies hypochondriaques, dans l'atonie et la perversion des contractions péristaltiques de la couche musculaire du tube intestinal[1]. Cullen, tout en admettant que les fluides qui servent immédiatement à la digestion, sont modifiés dans les dyspepsies dans leurs qualités et leur quantité, considérait aussi comme une condition essentielle de ces maladies, la perte de ton et l'action ralentie des fibres musculaires de l'estomac[2]. R. Thomas de Salysbury[3], et F. L. Bang[4], ont adopté la même opinion sur l'atonie de la couche musculaire de l'estomac, sans tenir compte, comme F. Hoffmann et comme Cullen, de l'altération des sucs gastro-intestinaux. Enfin, l'un des plus savants praticiens de notre temps, M. Abercrombie, rapporte les dys-

[1] « *Molestissimum illud quod dicitur hypochondriacum malum mere spasmodicum ac flatulentum ex ventriculi et intestinorum motu peristaltico perverso juncto cum summa atonia, nascitur;* » Medici. ratio syst., etc., t. I, lib. I.

[2] *First Lines of the Practice of Physic.*, t. III, cap. II, §§ MCXXXVII et MCXXXXI.

[3] *Med. prat.*, *trad. de Cloquet*, t. I, p. 546.

[4] *Prax. med. syst. exposita*, 1818, p. 279.

pepsies à quatre états pathologiques distincts du tube digestif. Il admet d'abord que l'action de la couche musculaire du tube digestif peut être affaiblie, et que par suite les aliments restent trop longtemps dans sa cavité, y sont imparfaitement élaborés et peuvent y subir des décompositions chimiques. Il croit, en second lieu, qu'il peut y avoir une action irrégulière du tube digestif sur ses contenus, et qu'il en résulte une chylification imparfaite, et par suite différentes actions morbides sur les intestins grêles. La troisième lésion essentielle admise par ce médecin consiste en l'altération de la quantité et des qualités du suc gastrique. « Nous » avons, dit-il, des motifs pour admettre que les liquides » de l'estomac peuvent être dans des conditions morbides » sans aucune maladie de ses parois. » Enfin, M. Abercrombie pense que la membrane muqueuse gastro-intestinale peut avoir une irritabilité anomale par suite de laquelle l'action de la membrane musculaire peut être irrégulièrement excitée [1].

Appréciation des doctrines admises sur la nature des dyspepsies acescentes.

2676. Remarquons d'abord sur ces doctrines diverses qui se confondent par les points principaux, que le fait de l'altération de la digestion et des modifications morbides des fluides qui en sont les instruments immédiats, est admis par presque tous les pathologistes comme constant dans les dyspepsies. Les dérangements de l'action péristaltique du tube digestif sont incontestables, mais ce n'est qu'une affection secondaire, qui loin de présenter les caractères d'un état d'atonie ou de faiblesse, a, au contraire, ceux d'un état opposé. Les mouvements du tube digestif sont excités et déterminés par l'action topique exercée sur la muqueuse gastro-intestinale par les liquides qui y sont versés par les sécréteurs, par les aliments et par les boissons ingérées, et par les produits qui se forment avec les progrès de la digestion. Les mouvements du tube digestif ont donc un ca-

[1] J. Abercrombie; *Pathol. and practical Researches on Diseases of the Stomach*. Edimb., 1828, p. 71.

ractère essentiellement actif. Ils le conservent évidemment dans les dyspepsies pour la production des éructations, des régurgitations, du mérycisme, des vomissements, de l'ascension anomale de la bile du duodénum dans l'estomac, des borborygmes, des selles qui donnent issue à des fèces mal élaborées, des mouvements intestinaux qui provoquent les douleurs tormineuses et qui préparent ces évacuations, des efforts de défécation inutiles ou qui n'ont que peu d'effet, quoique fréquemment répétés, etc.; tous ces phénomènes actifs arrivent dans les dyspepsies par suite de l'action topique anomale exercée sur la muqueuse par les liquides altérés que les organes sécréteurs y déposent, et par suite de la digestion imparfaite qui met la muqueuse en contact avec des produits non appropriés à sa sensibilité. Il est impossible de considérer ces mouvements anomaux comme primitifs et indépendants de l'altération des actes essentiels de la digestion, car ils ne se montrent que par paroxysmes dans les dyspepsies ou par l'action de causes accessoires, bien que la maladie persiste dans leurs intervalles. Ces mouvements ne peuvent d'ailleurs expliquer les symptômes d'indigestion qui existent comme phénomènes constants dans ces maladies, pas plus qu'un vomitif qui produit primitivement de pareils accidents convulsifs du tube digestif ne détermine de dyspepsie durable. Ces mouvements anomaux du tube digestif ne peuvent être déterminés que par une excitation directe portant sur la muqueuse gastro-intestinale; cette excitation existe en effet dans la marche régulière des dyspepsies par l'altération des conditions essentielles de la digestion; quant à leur production par l'incitation nerveuse accidentellement exercée sur la tunique musculaire des intestins, on peut bien l'admettre au début ou pendant le cours d'une dyspepsie par une cause qui porte son action immédiate sur le système nerveux, mais ce n'est là qu'une circonstance transitoire qui n'existe pas dans les cas habi-

tuels où ces accidents n'arrivent que pendant les digestions difficiles, par la marche régulière de la maladie, sans influence extérieure agissant sur le système nerveux.

Appréciation de la nature et des causes de l'atonie apparente de la membrane musculaire du tube digestif dans les dyspepsies acescentes.

2677. L'existence d'un état d'atonie de la membrane musculaire du tube digestif semble démontrée par quelques accidents des dyspepsies dans lesquelles l'inertie des fibres musculaires de l'intestin est évidente. Tels sont les distensions tympanitiques de l'estomac et des intestins et la constipation qui s'observent si fréquemment dans ces maladies. Cette inertie intestinale n'est rien moins qu'un phénomène d'atonie du tube digestif. Il suffirait, pour le prouver, de remarquer qu'elle se produit dans les inflammations gastro-intestinales réelles, après l'ingestion des poisons âcres et irritants, qu'elle coïncide avec l'état de souffrance vive provoqué dans le tube digestif par l'ingestion d'aliments et de boissons stimulantes, et enfin que cette inertie apparente coïncide souvent avec les mouvements spasmodiques actifs du tube digestif évidents dans les vomissements, les éructations, les régurgitations, les excrétions stercorales liquides. C'est au plus haut degré d'intensité des dyspepsies, c'est dans les dyspepsies aiguës, c'est dans les récrudescences vives des cardialgies chroniques, que ces accidents se montrent, c'est à dire dans tous les cas où le tube digestif subit au plus haut degré une vive action stimulante qui ne peut produire directement l'atonie.

L'inertie de la couche musculaire du tube digestif dans les dyspepsies acescentes s'explique par une loi générale de l'organisme.

2678. Pour qui apprécie bien les accidents de dyspepsies cardialgiques, l'inertie de la couche musculaire gastro-intestinale est au contraire un phénomène réel d'irritation active ; elle est la conséquence nécessaire de cette loi qui résulte de l'observation raisonnée de toutes les maladies qui compromettent des surfaces où siège le point de départ des excitations contractiles secondaires, savoir que dès que l'irritation de ces surfaces arrive à un certain degré d'intensité, l'action musculaire correspondante se suspend, et

la couche musculaire est ainsi jetée dans l'inertie par un état tout opposé à l'atonie et à la faiblesse.

2679. M. Abercrombie signale parmi les lésions essentielles des dyspepsies la coction imparfaite des aliments résultant de leur stase prolongée dans l'estomac, la production d'un chyme de mauvaise qualité, et par suite l'altération des fonctions des intestins grêles, et enfin la possibilité de réactions chimiques dans la masse chymeuse intra-stomacale. Toutes ces conditions morbides peuvent exister; elles sont même probables, sinon dans toutes les dyspepsies, au moins à certaines périodes de la plupart de ces maladies, lorsque l'estomac reçoit des aliments en trop grande quantité ou de qualités anomales; mais ce ne sont là que des conditions morbides secondaires; les admettre, c'est nécessairement reconnaître le dérangement primitif de la digestion par l'altération des sucs gastriques qui sont ses instruments immédiats.

Effets immédiats de la coction imparfaite des aliments dans les dyspepsies.

2680. L'irritabilité anomale de la membrane muqueuse intestinale dans les dyspepsies, que M. Abercrombie considère avec Schmidtmann comme pouvant déterminer l'action irrégulière de la couche musculaire gastro-intestinale, ne peut être révoquée en doute; mais on ne doit point restreindre les effets de cette irritabilité insolite aux perversions des mouvements péristaltiques du tube digestif; c'est méconnaître la signification réelle de la plupart des phénomènes de ces maladies, et particulièrement des accidents qui sont médiatement provoqués par l'ingestion des aliments et des boissons les plus inoffensifs pour le tube digestif.

De l'irritabilité morbide des organes gastro-intestinaux dans les dyspepsies acescentes.

L'irritabilité insolite du tube digestif appartient à des états pathologiques différents : aux inflammations, aux hémorrhagies comme aux diacrises (1615); elle ne constitue point par elle-même une individualité morbide, c'est le phénomène et souvent la cause prochaine d'une lésion morbide; elle ne peut pas rendre raison des accidents des dyspepsies qui surviennent spontanément sans l'action immé-

diate d'un stimulus, pas plus que des accidents qui persistent après que le tube digestif s'est débarrassé de ce stimulus. Elle ne peut même pas rendre raison des modes divers d'altération des fonctions digestives qui succèdent à l'ingestion des aliments; elle n'explique que les douleurs cardialgiques qui en résultent et les efforts d'expulsion anomale qu'elle peut provoquer. F. Hoffmann, qui avait aussi remarqué cette irritabilité exagérée du tube digestif dans les cardialgies, comprenait bien qu'elle ne pouvait être qu'une cause prochaine et non la lésion essentielle de la maladie, car il y rattachait comme effet et comme la condition morbide à laquelle il rapportait la perturbation des fonctions digestives, la congestion vasculaire des organes de la digestion dont les cadavres offrent souvent des traces évidentes (2622).

La congestion vasculaire, dans les dyspepsies acescentes (1590, 2622) comme dans toutes les autres maladies où elle se produit, n'est encore qu'un élément morbide qui ne peut persister seul, et ne constitue pas par conséquent par lui-même toute la lésion constitutive essentielle d'une maladie. De même que l'irritabilité exagérée dont elle est en effet souvent le résultat indirect provoqué par une cause accessoire stimulante, elle est l'élément des inflammations, des hémorrhagies et des diacrises, et même souvent des carcinômes. Pour qu'il y ait une diacrise, c'est à dire production de liquides avec des qualités et une quantité anomales, il faut que les organes sécréteurs modifient et exagèrent leur action. Cette modification, quand elle se fait dans le sens de l'action physiologique des organes, quand elle a pour effet de donner naissance à des produits dans lesquels prédominent même à l'excès les qualités stimulantes, les éléments acides, alcalins, plastiques de l'état normal, quand elle est hypercritique en un mot (1639), est toujours jointe à l'irritabilité exagérée des organes sécréteurs et des surfaces qui supportent l'action des excitants naturels de la sécrétion, et à une activité plus grande de la circulation

propre à ces organes (1616). C'est ce qui arrive dans les dyspepsies. C'est là le motif principal pour lequel l'irritabilité exagérée des organes et les phénomènes de turgescence sécrétoire se montrent à la fois sur l'appareil digestif et sur tous les organes qui sont en rapport synergique avec lui; la diacrise gastro-intestinale, à laquelle nous rapportons les dyspepsies, est une diacrise hypercritique essentiellement active; c'est pourquoi nous concevons, comme les observations le démontrent, que cette diacrise peut s'élever par l'accroissement de son intensité jusqu'à un état du tube digestif voisin de la phlogose (1619).

Opinion de Broussais sur la nature des dyspepsies cardialgiques.

2681. Broussais atribuait, à l'exemple de Schmidtmann, une extrême importance à l'irritabilité exagérée du tube digestif dans les dyspepsies; c'est d'après les phénomènes de cette irritabilité qu'il ne considérait ces maladies que comme de véritables phlogoses intestinales, par l'application des principes de sa doctrine, que toute irritabilité exagérée est nécessairement un élément inflammatoire. Cette opinion, née d'un principe absolument erroné, ne résiste pas à cette considération que les diacrises ne présentent, ni par leurs causes immédiates, ni par leurs symptômes, ni par leur marche, ni par leurs terminaisons, ni par les lésions des organes qu'elles ont affectés, ni enfin par les résultats des moyens diététiques et thérapeutiques par lesquels on les combat, rien de semblable à toutes les conditions des phlogoses réelles du tube digestif.

Opinion de Schmidtmann et des médecins qui considèrent les dyspepsies acescentes comme des affections nerveuses.

2682. Un assez grand nombre de médecins se bornent, pour exprimer la nature des dyspepsies cardialgiques, à dire que ces maladies sont des névroses. Schmidtmann était aussi de cette opinion, car l'irritabilité exagérée du tube digestif qu'il admettait comme principe de ces maladies, ne lui paraissait qu'un état nerveux; il la justifiait par ces motifs que « les cardialgies ont des rémissions, des » paroxysmes et des intermissions qui reviennent aussi » souvent que la sensibilité de l'estomac est augmentée ou

» diminuée, et qu'un stimulus nuisible agit sur lui. De ces » augmentations et diminutions et de cette succession ré- » ciproque des paroxysmes et des rémissions, résulte la » similitude de ces maladies avec les maladies nerveuses, » et les accès, les rémissious et les intermissions des fièvres » intermittentes »[1].

Inductions à tirer de la marche périodique des accidents des dyspepsies sur la nature de ces maladies.

2683. La marche périodique plus ou moins irrégulière des accidents, ou plutôt des exacerbations des dyspepsies, est incontestable (1565) ; mais ce n'est point un motif suffisant pour considérer la maladie comme une affection purement nerveuse. Il faudrait d'abord démontrer qu'il n'est aucune autre maladie que les névroses qui présentent cette marche particulière de leurs accidents. Les congestions et les inflammations utérines, de même que les entérites proprement dites, les affections rhumatismales, et bien d'autres maladies qu'on ne peut considérer comme des névroses, ont aussi des exacerbations douloureuses périodiques plus ou moins régulières. Les accidents qui se produisent par paroxysmes dans les dyspepsies cardialgiques ne constituent pas à eux seuls toute la maladie ; il est même un grand nombre de dyspepsies où ils ne sont que peu marqués et même nuls. Ajoutons enfin que presque tous ces symptômes paroxystiques des cardialgies sont déterminés par des causes accessoires qui n'agissent que par intervalles, et par lesquelles leur manifestation périodique se trouve facilement expliquée : ce sont particulièrement l'ingestion des aliments, les commotions morales, l'impression du froid, etc.

2684. La marche intermittente des accidents est un motif pour rapporter la maladie à une diacrise plutôt qu'à toute autre lésion immédiate, car la marche rémittente des accidents est commune à toutes les diacrises (1562) ; elle se déduit de cette condition physiologique de l'action des organes sécréteurs qui n'est jamais tout à fait continue, et se modifie dans son intensité et dans les qualités de ses produits à di-

[1] *Summa obs.*, etc., t. III, p. 201.

verses époques du jour et de l'année [1]. Cette périodicité dans l'action des organes sécréteurs est l'effet nécessaire de l'incitation de l'appareil circulatoire qui subit chaque jour des exacerbations et des rémissions à différentes heures. Pour les organes sécréteurs du tube digestif qui servent à la digestion, la périodicité est aussi le résultat de l'habitude nécessaire d'une succession d'action et de repos de ces organes et de l'influence successive du repos et de l'action du corps sur les fonctions organiques pendant le sommeil et la veille.

Importance des symptômes nerveux des dyspepsies acescentes par rapport à la nature de ces maladies.

2685. Les dyspepsies ont des symptômes nerveux plus intenses et en plus grand nombre que la plupart des maladies; on le voit dans les dyspepsies hystériques et hypochondriaques; mais ces symptômes sont secondaires, et leur intensité et leur étendue s'expliquent facilement par l'influence que l'état morbide du tube digestif et le trouble fonctionnel qui en est la conséquence exercent sur tout l'organisme (2659). L'irritabilité du tube digestif, quelque exagérée qu'elle puisse être dans les dyspepsies cardialgiques, n'est mise en jeu d'une manière anomale, que par l'action de causes accessoires, soit extérieures, soit dépendantes de l'altération immédiate des actes digestifs qui se décèle par des symptômes directs, indépendants de toute affection nerveuse antécédente; ce fait, déduit de l'appréciation des phénomènes de ces maladies, suffit pour faire rejeter le caractère de névrose primitive que Schmidtmann et beaucoup de médecins modernes leur ont attribué; il est aussi inconciliable avec cette autre opinion implicitement exprimée par F. Hoffmann, que la dypepsie serait le résultat d'une névrose caractérisée par des mouvements spasmodiques du tube digestif. Dès que cette contractilité irrégulière n'est qu'un phénomène secondaire à l'état pathologique intra-intestinal, l'état nerveux présumé qui la con-

[1] Burdach; *Traité de physiol.*, trad. de Jourdan t. VIII p. 99, § 839, n° 8.

stitue ne peut être la condition essentielle et primitive de la maladie.

De l'opinion qui considère les dyspepsies cardialgiques comme des névroses.

2686. Examinerons-nous maintenant la valeur de l'opinion des médecins qui se contentent d'affirmer que les dyspepsies cardialgiques ne sont que des névroses du tube digestif, seulement par la raison qu'elles sont souvent produites ou préparées par des causes qui agissent sur le système nerveux, et parce que les accidents dyspepsiques ne sont pas liés à des inflammations, à des lésions appréciables de texture du tube digestif? La réfutation de cette opinion se trouve dans les considérations par lesquelles nous avons établi que les mouvements spasmodiques et l'irritabilité anomale du tube digestif, les seules altérations de cet appareil qui soient sous l'empire immédiat du système nerveux, ne sont que des phénomènes secondaires ou tout au plus des éléments accessoires de la condition morbide primitive de laquelle proviennent immédiatement tous les symptômes primitifs et continus de la maladie. Il est vrai que les dyspepsies sont souvent provoquées et le plus souvent aggravées par des causes extérieures qui agissent sur le système nerveux; mais il ne s'en suit pas que la maladie soit pour cela une affection simplement nerveuse. Les hémorrhagies et les inflammations encéphaliques et utérines sont aussi souvent provoquées ou aggravées par des causes qui agissent immédiatement sur le système nerveux. Dans l'état physiologique, toutes les sécrétions sont vivement influencées par les impressions perçues par le système nerveux (1607 *et sqq.*); les sécrétions de l'estomac, autant et plus même que beaucoup d'autres; est-il surprenant que la même influence se retrouve et soit même exagérée dans l'état de maladie?

Conséquences à déduire pour déterminer la nature des dyspepsies acescentes de l'absence

2687. Quant à l'absence de lésion locale appréciable dans les tissus gastro-intestinaux après la mort, ce n'est là qu'un caractère négatif qu'on ne pourra invoquer pour admettre qu'une maladie n'est qu'une affection nerveuse que lors-

qu'on aura démontré que toutes les lésions de fonctions des organes qui ne sont pas liées à une altération de texture sont nécessairement des névroses; et encore faudrait-il préalablement établir que le cadavre doit conserver la trace de toutes les conditions anomales de la circulation capillaire et du volume des organes qui ont existé pendant la vie. des lésions gastro-intestinales sur les cadavres

2688. Il existe pourtant dans les cardialgies une altération réelle de texture des organes; c'est l'état de turgescence diacritique des sécréteurs gastro-intestinaux qui fournissent les fluides indispensables à la digestion. Cet état de turgescence est absolument inséparable de la production de ces fluides dans les conditions anomales où ils se trouvent dans les dyspepsies. La plupart des symptômes de la maladie sont l'effet nécessaire de cet état de turgescence, et démontrent ainsi qu'il existe. L'absence de lésion de structure des membranes du tube digestif après la mort prouve seulement, ce qui doit nécessairement être, et ce que les observations sur les organes extérieurs affectés de diacrise démontrent, que l'injection capillaire plus prononcée que dans l'état sain et la tuméfaction qui en résulte, ont disparu au moment de la mort (1590), et qu'il ne reste des désordres produits par la diacrise gastro-intestinale que les liquides en excès et de qualités anomales qu'elle a versés dans le tube digestif, et tout au plus un certain degré de congestion des vaisseaux gastriques, mésaraïques et jécoraux (2617).

### Art. IV. Étiologie des dyspepsies acescentes ou cardialgiques.

2689. La plupart des dyspepsies acescentes ou cardialgiques sont produites par l'action simultanée ou successive de plusieurs causes d'origine et de nature différentes. Ces causes, qui ont en définitive un résultat unique, sont d'intensité variable; les unes n'ont immédiatement aucun effet appréciable, et n'introduisent l'état de maladie des organes digestifs pour ainsi dire que peu à peu et d'une ma- Division générale des causes des dyspepsies acescentes ou cardialgiques.

nière progressive; les autres ont un effet nuisible sur les organes gastro-intestinaux immédiatement annoncé par les phénomènes de dérangement des fonctions digestives. Les premières sont les causes proégumènes ou prédisposantes, les autres sont les causes procatarctiques ou occasionnelles des dyspepsies cardialgiques.

### § I. *Des causes proégumènes des dyspepsies cardialgiques.*

De la nécessité d'une cause prédisposante antécédente pour expliquer l'action des causes extérieures dans la production des dyspepsies acescentes.

2690. La production si fréquente des dyspepsies cardialgiques par les causes évidentes les plus légères, leur durée prolongée bien au delà de l'action immédiate des causes, leur caractère souvent réfractaire aux médications les plus rationnelles, ne permettent pas d'attribuer la maladie à la seule action des agents extérieurs, lors même qu'on peut reconnaître que cette influence s'exerce directement sur les organes gastro-intestinaux. On est d'autant plus autorisé à le faire, que les plus énergiques de ces causes sont souvent impuissantes à déterminer le plus léger dérangement dans les fonctions digestives chez le plus grand nombre des individus. La production des dyspepsies par des causes externes suppose donc dans la plupart des cas la préexistence d'une cause proégumène qui exagère ou appelle sur le tube digestif l'effet des causes extérieures.

Cette cause proégumène, qui se résume en une susceptibilité insolite des organes digestifs, que nous admettons comme principe des dyspepsies acescentes, s'établit dans l'organisme par des circonstances qu'il faut d'abord indiquer comme causes prédisposantes des cardialgies. Ces circonstances se rapportent à l'état physiologique des malades, à certains états pathologiques qui ont précédé ou qui accompagnent la manifestation des dyspepsies cardialgiques, et enfin à l'influence hygiénique habituelle résultant du régime ordinaire des malades.

#### *A.* Des causes physiologiques proégumènes des dyspepsies cardialgiques.

Énumération des causes phy-

2691. Les conditions physiologiques qui prédisposent

aux dispepsies cardialgiques sont l'hérédité, l'âge, le sexe, l'état de gestation et d'allaitement, et enfin les tempéraments.

siologiques proégumènes des dyspepsies acescentes.

De l'hérédité des dyspepsies acescentes.

2692. L'hérédité des dyspepsies cardialgiques ne peut se rapporter qu'à une prédisposition congénitale, que presque tous les auteurs ont admise. Rœderic Fonseca rapporte l'histoire d'une jeune fille qui eut pendant plusieurs années une dyspepsie avec malacia, dont elle avait hérité de sa mère, qui en avait été également affectée comme elle à l'âge de la puberté [1]. On doit une semblable observation à Grégoire Horstius [2]. Dolfus a rapporté le fait d'une jeune femme qui avait déjà eu plusieurs attaques de cardialgie, et qui en fut gravement affectée pendant la grossesse après neuf semaines de gestation. La mère de cette dame avait eu cette maladie pendant dix ans, surtout pendant qu'elle la portait dans son sein [3]. F. Hoffmann range la cardialgie hypochondriaque parmi les maladies héréditaires [4]. Schmidtmann dit qu'il a souvent remarqué la transmission des cardialgies par hérédité des pères ou des mères aux enfants ; il cite un homme de trente-six ans qui fut pris de cette maladie dont son père et sa mère avaient été fréquemment affectés [5].

2693. Quand on considère les causes nombreuses qui peuvent déterminer les dyspepsies cardialgiques et combien est grande, par certaines conditions physiologiques, à différents âges de la vie, la susceptibilité à contracter ces maladies, l'hérédité semble bien peu prouvée par des faits qui n'établissent d'autre circonstance que la manifestation de la maladie chez des enfants dont les parents en ont été affectés. Il arrive sans doute souvent qu'il n'existe

[1] *Consult. med.*, t. II, consult. 29, édit. de Francfort, 1625.

[2] *Obs. med. singul.*, lib. IV de morb. viscerum, obs. V.

[3] *Commerc. nor.*, t, XII, an. 1742, hebd. 38, p. 303.

[4] *Med. ration. syst.*, t. I, part. I, cap. VI, § XVI ; part. III, cap. I, § XXXVI ; t. III, sect. I, cap. X, § IV ; t. IV, cap. VI de malo hypoch., § XIX.

[5] *Summa obs. med.*, etc., t. III, p. 205 et 237.

dans ces faits qu'une simple coïncidence fortuite. Toutefois, comme on ne peut méconnaître que l'irritabilité prépondérante de certains organes, que des idiosyncrasies spéciales, se remarquent assez souvent chez tous les membres d'une même famille, avec le même siège et les mêmes caractères, il n'y a rien que de conforme aux inductions rigoureuses, à admettre chez tous les membres d'une même famille une aptitude héréditaire à contracter les maladies dyspepsiques, par les causes les plus diverses qui se rencontrent nécessairement pour tous dans les circonstances si variées. qui se succèdent pendant la vie; ce n'est qu'ainsi que nous concevons l'hérédité des affections cardialgiques.

De la forme spéciale des dyspepsies cardialgiques attribuée à l'hérédité.

2694. La forme spéciale des cardialgies peut être aussi déterminée par les prédispositions héréditaires, parce que c'est surtout à la susceptibilité particulière à certains organes que ces maladies doivent la forme que leur impriment les épiphénomènes qui se joignent à la perturbation des fonctions gastro-intestinales, qui est le caractère essentiel de toutes ces maladies. C'est ainsi qu'il nous semble évident que c'est à une prédisposition héréditaire qu'il faut attribuer les cardialgies et les cardio-entéralgies qu'on voit survenir chez tous les jeunes enfants d'une même famille vers la première dentition, comme nous en pouvons citer un exemple pour trois enfants nés d'une mère qui en avait elle-même été gravement affectée, ainsi qu'une de ses sœurs, au même âge, au témoignage de ses parents. C'est ainsi qu'on peut regarder comme héréditaire la cardialgie hypochondriaque que nous avons vue à la fois sur la mère et la fille, l'une âgée de soixante ans et l'autre de trente-quatre, et sur le frère et la sœur nés d'un père qui mourut après huit à dix ans de durée d'une hypochondrie.

Des causes proégumènes des dyspepsies cardialgiques ou cardio-enté-

2695. Les enfants à la mamelle sont si souvent affectés de cardialgie, et surtout de cardio-entéralgie aiguë ou chronique, qu'on peut chercher dans l'état physiologique des sujets

de cet âge une prédisposition à cette maladie. Schmidtmann [1] attribue cette prédisposition à l'état de la sécrétion hépatique, qui ne fournit chez les nouveaux nés qu'une bile décolorée, muqueuse, presque tout à fait privée d'alcalinité et de principe amer [2]. Ces qualités spéciales de la bile versée dans le tube digestif sont éminemment propres à favoriser la formation des liquides acides des premières voies qui prédominent en effet dans les cardio-entéralgies des enfants.

ralgiques des enfants à la mamelle.

2696. Cette influence du mode de la sécrétion hépatique des nouveaux nés sur la production des maladies cardialgiques est probable, mais elle n'est pas la seule cause proégumène des cardio-entéralgies si fréquemment observées dans le premier âge, il faut y joindre l'irritabilité excessive des organes digestifs qui les expose à ressentir beaucoup plus vivement qu'à un âge plus avancé l'action nuisible du régime mal entendu, auquel on soumet trop souvent les enfants. Aussi voit-on cette maladie survenir chez ces jeunes sujets par l'usage du lait de mauvaise qualité provenant de femmes soumises à un régime habituellement stimulant, ou provenant de nourrices épuisées par un trop long allaitement et qui ne réparent leurs forces qu'avec des aliments de mauvaise qualité. Elle est aussi fréquemment produite par l'ingestion d'aliments mal appropriés aux organes digestifs des enfants, tels que des bouillies féculentes, des bouillons trop chargés de principes gélatineux, des boissons sucrées ou aromatiques, comme le café, le thé, etc. L'état physiologique des organes digestifs des nouveaux nés, qui n'est approprié qu'à la nourriture par allaitement, les met hors d'état de supporter sans inconvénient tous ces aliments, et les prédispose aux cardialgies qui sont le résultat de leur usage intempestif.

Influence du mauvais régime alimentaire des enfants sur la production des dyspepsies.

[1] *Summa obs.*, etc., t. III, p. 249, et t. IV, cap. VI, p. 432.

[2] Haller; *Elementa physio.*, lib. XXIII, sect. III, § 1, t. VI, p. 543.

L'irritabilité extrême de la muqueuse digestive chez les jeunes enfants, et la prépondérance de la circulation capillaire dans cette membrane, font facilement passer la turgescence diacritique des dyspepsies cardialgiques à l'état réel de phlogose, et convertissent ainsi ces maladies en de véritables gastro-entérites.

De la dentition comme cause proégumène des dyspepsies des enfants.

2697. Parmi les causes proégumènes physiologiques de la cardialgie chez les jeunes enfants, il faut placer peut-être en première ligne l'évolution des dents. Il n'est pas de praticien qui n'ait eu l'occasion d'observer cette maladie dans cette circonstance, et qui n'ait reconnu toute la puissance de cette cause dans les retours et les disparitions alternatives des dyspepsies cardialgiques coïncidant avec les différentes phases de l'éruption des dents. Le travail d'évolution dentaire se lie à une activité insolite des sécrétions et des excrétions abdominales, et nécessairement en même temps à un état d'orgasme diacritique du tube digestif et de ses organes annexes qui exagère leur irritabilité, et convertit ainsi en de véritables causes de maladies l'action topique des aliments que ces organes supportaient auparavant sans aucun inconvénient. Nous trouvons encore ici dans une condition physiologique, une cause proégumène de maladie qui agit par elle-même et en transformant en causes morbigènes des impressions qui sans elle n'avaient rien de nuisible.

Des révolutions des âges considérées comme cause proégumène des dyspepsies acescentes.

2698. Les révolutions des âges paraissent prédisposer aux dyspepsies acescentes ou cardialgiques.

Ces maladies sont communes à l'âge de la puberté, surtout chez les femmes; elles sont le plus ordinairement alors jointes à un certain degré de chlorose et à une irritabilité du système nerveux qui impriment à la cardialgie une forme particulière en joignant à ses symptômes propres les symptômes cachectiques de la chlorose et les accidents nerveux de l'hystérie.

Des circonstances qui pré-

2699. Un grand nombre de cardialgies observées dans

l'âge adulte se rencontre dans l'âge consistant de la vie chez des sujets de trente à cinquante ans. Ces maladies surviennent souvent sans qu'on puisse leur assigner de cause évidente d'après la manière de vivre et les habitudes hygiéniques de ceux qu'elles affectent. C'est qu'à cet âge les organes digestifs sont le siège d'une plus grande activité qui marque cette modification physiologique que l'école de Stahl indiquait en signalant la prépondérance des organes abdominaux. La propension à s'abandonner aux plaisirs de la table, la disposition à adopter l'habitude des liqueurs fortes, des boissons chaudes et aromatiques, et des aliments de haut goût qui surviennent à cette période de la vie, sont des effets de ces changements introduits par la succession des âges dans la vitalité des organes digestifs. Il est évident que les cardialgies trouvent des causes proégumènes puissantes dans ces modifications particulières des fonctions digestives et dans les habitudes qui s'y rapportent. L'activité prépondérante de la circulation dans les vaisseaux abdominaux qui expose l'appareil de la veine-porte à devenir le siège de congestions fréquentes, favorise aussi les perturbations fonctionnelles du tube digestif dont les cardialgies sont les effets les plus prononcés. L'influence exercée à cette époque de la vie par les actes digestifs, dont l'obésité est un effet des plus manifestes, ajoute à la gravité des cardialgies, comme elle en détermine les formes spéciales.

disposent les adultes aux dyspepsies acescentes.

2700. Les vieillards sont plus rarement que les sujets d'un âge moins avancé, exposés aux dyspepsies cardialgiques, toutefois ces maladies se montrent aussi chez eux[1] avec tous les effets de l'influence que les conditions physiologiques de la vieillesse exercent sur les maladies. La lenteur et l'imperfection des digestions, la surcharge des organes digestifs qui en résulte, et à la production de laquelle les personnes avancées en âge se laissent aller

De la vieillesse comme cause proégumène des dyspepsies acescentes.

[1] Schmidtmann; *Summa obs.*, t. III, p. 192.

d'autant plus facilement qu'elles croient y trouver un moyen de remédier à la faiblesse générale qui provient de la vieillesse, sont des causes proégumènes des dyspepsies cardialgiques, qui doivent se rapporter aux conditions physiologiques des organes au déclin de la vie. Ajoutons encore avec F. L. Bang[1], que la mastication devient incomplète chez les vieillards par la chute naturelle des dents, et que les aliments imparfaitement triturés et mélangés à la salive sont mal appropriés à solliciter l'action normale des organes abdominaux. Nous avons quelquefois rétabli les fonctions de l'appareil digestif, devenues languissantes et pénibles chez les vieillards, en faisant remplacer les dents détruites par des dents artificielles. Il importe cependant de ne pas exagérer les effets de cette cause; la trituration et l'insalivation des aliments ne sont pas seulement supprimées chez les vieillards par la chute des dents, ces premiers actes de la digestion sont aussi rendus imparfaits dans un âge très avancé par l'atrophie des glandes salivaires et des cryptes intestinales qui survient au déclin de la vie. La cardialgie qui survient lorsque le régime alimentaire n'est pas réglé d'après ces changements, reconnaît encore ici une condition physiologique comme cause proégumène.

Causes des différentes formes des dyspepsies acescentes suivant les âges.

2701. Les dyspepsies cardialgiques ont des formes variées aux différents âges de la vie. Chez les enfants à la mamelle, on observe le plus souvent des cardialgies et des cardio-entéralgies aiguës; l'influence de la dentition détermine aussi le plus souvent des cardialgies et des cardio-entéralgies bilieuses dont les vomissements, les diarrhées et les coliques sont les symptômes le plus habituels et les mouvements spasmodiques les épiphénomènes fréquents. A la puberté, les dyspepsies ont d'ordinaire la forme des dyspepsies cardialgiques acescentes chroniques, souvent avec pyrosis, ou bien avec des épiphénomènes

[1] *Prax. med. system. expos.*, p. 279, an. 181[illegible].

douloureux et surtout des céphalalgies. Après l'âge moyen de la vie, les dyspepsies cardialgiques sont le plus souvent des cardio-entéralgies bilieuses, rarement avec des vomissements, le plus ordinairement avec des excrétions bilieuses et flatulentes; chez les personnes d'un âge plus avancé, ces maladies se terminent d'elles-mêmes ou prennent presque toujours la forme chronique et présentent les caractères des cardialgies hypochondriaques[1]. Il n'est pas très rare de rencontrer des vieillards affectés depuis très longtemps de dyspepsies, soit continues, soit fréquemment reproduites par intervalles, chez qui la dyspepsie n'a pris le caractère de l'hypochondrie qu'avec les progrès de l'âge, et a conservé la forme d'une dyspepsie acescente ou bilieuse tant qu'ils n'ont pas dépassé l'âge moyen. Le caractère de ces maladies est tellement influencé par l'âge des malades, que l'on voit la dyspepsie acescente disparaître et se terminer d'elle-même par la succession des années, ainsi que Schmidtmann l'a plusieurs fois observé[2].

Influence des sexes sur la production des dyspepsies cardialgiques.

2702. Presque tous les auteurs qui ont parlé des dyspepsies cardialgiques, s'accordent à reconnaître qu'elles sont plus fréquentes chez les femmes que chez les sujets du sexe masculin. Indépendamment des conditions insolites de la grossesse et de l'allaitement qui favorisent la production des dyspepsies, et sans tenir compte de leur tempérament le plus habituel qui prédispose à ces maladies, les femmes doivent à leur manière de vivre, à la grande susceptibilité de leurs organes d'être plus spécialement exposées aux dyspepsies acescentes. Elles ont une vie plus sédentaire dans les habitations, qui rend les sécrétions et les excrétions plus imparfaites et plus facilement troublées que chez les sujets de l'autre sexe. La mobilité est pour ainsi dire le caractère spécial de toutes leurs fonctions;

[1] Robert Thomas de Salysbury; *Med. prat.*, trad. de Cloquet, tome I, p. 562.

[2] *Summa obs.*, etc., t. III, p. 207.

il en résulte que les causes des maladies qui agissent sur la vitalité des organes, ont sur elles une action plus énergique et plus rapide. L'acte périodique de l'oviduction (1118), est accompagné chez la plupart des femmes, surtout parmi celles qui doivent à leur éducation et à leur position sociale une plus grande irritabilité et une plus grande mobilité du système nerveux, d'une perturbation générale dans laquelle la susceptibilité de tous ces organes et spécialement des surfaces tégumentaires internes et externes, est exagérée. Toutes les sécrétions sont modifiées chez les femmes par l'influence de cet acte physiologique. Il n'est pas rare d'en rencontrer qui ont à chaque époque menstruelle des symptômes prononcés de dyspepsie cardialgique, comme de l'anorexie, des douleurs d'estomac pendant la digestion, des symptômes de malacie, de pyrosis; des éructations, des nausées, des borborygmes, des douleurs tormineuses, des symptômes diarrhéiques d'indigestion cœcale, etc. Chez les femmes affectées de dyspepsie acescente, les symptômes sont presque toujours exaspérés par les prodromes et pendant la durée du flux menstruel.

Influence des fonctions sexuelles sur la production des dyspepsies acescentes.

2703. Les fonctions sexuelles exercent assez souvent aussi une influence évidente sur la production ou l'intensité des accidents dyspepsiques, ainsi, chez les sujets du sexe masculin, quelquefois aussi chez les jeunes femmes, l'établissement de la puberté, les pollutions nocturnes, l'acte du coït, produisent quelquefois des accidents cardialgiques. Il n'est pas très rare de voir la dyspepsie acescente se produire pendant les premiers mois du mariage, surtout chez les jeunes gens dont l'accroissement n'est pas encore terminé, qui ont été ainsi mariés trop jeunes. Nous avons plusieurs fois reconnu cette influence nuisible des fonctions sexuelles chez de jeunes femmes mariées dès l'âge de quinze, seize, dix-sept ans, lorsque le développement du corps est encore imparfait. Cette cause proégumène des dyspepsies

cardialgiques, est si bien établie par l'expérience que nous n'hésitons pas à prognostiquer comme probable la production des dyspepsies acescentes par le seul fait de ces mariages prématurés.

Influence de la menstruation sur la production des dyspepsies acescentes.

2704. L'âge critique de même que l'âge de trente-six à quarante ans où l'hémorrhagie menstruelle diminue ordinairement de quantité, est aussi une cause proégumène évidente des dyspepsies : on le croirait du moins d'après le grand nombre de dyspepsies acescentes aiguës, chroniques ou hypochondriaques qui surviennent à ces époques de la vie, d'autant mieux que la diminution et quelquefois même l'interruption de leurs accidents se remarquent lorsque le flux menstruel devient plus abondant.

De la forme que les dyspepsies acescentes prennent par l'influence de la puberté.

2705. Les dyspepsies cardialgiques des jeunes filles, à l'âge de la puberté, sont ordinairement des dyspepsies acescentes avec des symptômes de malacia, de pyrosis, etc.; elles ont le plus souvent pour épiphénomènes des douleurs plus ou moins vives dans certaines parties du corps, et particulièrement des céphalalgies ou des spasmes hystériques. Les cardialgies qui ne se produisent qu'aux époques menstruelles, ou celles qui persistent d'une manière continue et qui s'exaspèrent à l'apparition des règles, prennent souvent alors les caractères de cardio-entéralgies, avec des épiphénomènes diarrhéiques.

De l'influence de la grossesse sur la production des dyspepsies acescentes.

2706. La grossesse est une des conditions physiologiques dont l'influence sur la production des cardialgies, comme cause proégumène et même comme cause procatarctique, est le mieux démontrée. Le plus grand nombre des femmes, surtout parmi celles qui doivent à leur position sociale l'irritabilité exagérée que produit l'habitude de toutes les commodités de la vie, éprouvent au moins pendant les premiers mois de la grossesse des accidents de cardialgie quelquefois très intenses. Ces accidents sont si évidemment déterminés par la gestation, que leur présence suffit à quelques femmes pour reconnaître le début de la grossesse; telle

était une femme dont parle P. Hermann, chez qui la conception s'annonçait constamment par les symptômes du soda[1].

Influence de l'état de gestation sur les formes des dyspepsies acescentes.

2707. La forme la plus habituelle des dyspepsies cardialgiques provoquées par la grossesse (2445 *et sqq.*), est caractérisée par les nausées et par des vomissements qui ne donnent le plus souvent issue qu'à des phlegmes ; quelquefois cependant ces vomissements produisent l'expulsion des aliments, et surtout des aliments liquides ; dans quelques cas, ce ne sont que les aliments pris à un des repas du jour, principalement au repas du matin, qui sont expulsés. Nous avons observé plusieurs fois des cardialgies bilieuses intenses provoquées par la grossesse. La dyspepsie hypochondriaque survient aussi dans la gestation, mais beaucoup plus rarement que les autres formes de dyspepsies. La cardio-entéralgie, dans quelques cas avec des excrétions diarrhéiques stercorales ou bilieuses, s'est aussi présentée chez des femmes grosses. Tous les épiphénomènes des dyspepsies cardialgiques ont été observés dans ces maladies provoquées par la gestation : le ptyalisme, l'anorexie, la boulimie, le pica, les borborygmes, etc. Ces accidents sont si évidemment liés au travail organique qui s'accomplit dans l'utérus, qu'il est ordinaire de les voir cesser immédiatement, si le produit de la conception vient à périr ; en sorte que leur cessation est fréquemment le signe de la mort du fœtus, et le prodrome de son expulsion.

Influence de la menstruation sur les dyspepsies cardialgiques des femmes grosses.

2708. Les symptômes cardialgiques ne surviennent chez quelques femmes grosses qu'à des époques qui correspondent à celles auxquelles les menstrues surviendraient si la grossesse n'existait pas. Lorsque ces symptômes sont continus dans la grossesse, ils s'exaspèrent toujours aux époques menstruelles. Nous attribuons cette circonstance à ce fait, maintenant bien certain pour nous, d'après des recherches que nous n'avons point

Des fonctions ovariennes pendant la grossesse.

[1] Van der Lahr ; *Dissert. de sterilitate*, p. 14.

encore publiées, que l'oviduction ovarienne qui produit les menstrues dans l'état de vacuité de l'utérus (1118) persiste pendant la grossesse, avec cette particularité que l'ovule se détruit dans les trompes. Ce travail d'expulsion successive des ovules, la production des alvéoles ovariennes par rupture des vésicules de l'ovaire, l'inflammation consécutive et réparatrice de ces alvéoles, leur cicatrisation, les cicatrices rougeâtres et jaunâtres qui en résultent et qui se trouvent à différents degrés d'achèvement dans les ovaires, toutes ces circonstances constatées sur les cadavres des femmes qui succombent pendant la grossesse, ne permettent pas de conserver de doute que le travail organique des ovaires ne continue à s'accomplir, nonobstant la gestation. La coïncidence, chez les femmes grosses, de plusieurs phénomènes, parmi lesquels sont ceux des dyspepsies cardialgiques, avec les époques régulières des règles, l'exaspération de ces phénomènes aux époques menstruelles, lors même qu'ils persistent d'une manière continue, nous autorisent à considérer le travail organique des ovaires comme la cause de ces accidents pendant la grossesse. Toutefois, nous regardons comme probable que la fonction qui s'accomplit dans l'utérus participe à la production de ces phénomènes; il est même permis de penser que c'est par l'intermédiaire de l'influence que l'acte ovarien exerce sur l'utérus que l'organisme en éprouve les effets. Ce qui porte surtout à le croire, c'st que l'on voit le plus souvent se produire l'interruption de la gestation par les hémorrhagies utéro-placentaires (1312) aux époques périodiques menstruelles marquées dans ces cas par la recrudescence des symptômes cardialgiques.

**De l'allaitement considéré comme cause proégumène des dyspepsies acescentes.**

**De l'oviduction pendant l'allaitement.**

2709. L'allaitement est aussi un état physiologique des femmes pendant le cours duquel les dyspepsies cardialgiques surviennent très souvent; ce sont le plus souvent des cardialgies acescentes chroniques. Elles sont continues avec des paroxysmes comme périodiques, qui correspondent

aux époques où paraîtrait le flux menstruel. Cette circonstance nous fait aussi penser que ces cardialgies sont comme celles des femmes grosses, déterminées ou au moins favorisées par l'influence exercée sur les organes digestifs par le travail organique de l'oviduction; car il résulte aussi de nos recherches sur cette fonction qu'elle n'est pas plus suspendue pendant l'allaitement, malgré la non apparition de l'hémorrhagie utérine concomitante, qu'elle ne l'est pendant la grossesse. Ce qui fortifie encore notre opinion sur ce point d'étiologie des cardialgies, c'est la coïncidence fréquente chez les femmes avec les symptômes cardialgiques, d'épiphénomènes qui sont des symptômes évidents de subinflammation ou même d'inflammation d'un ovaire ou des ovaires, tels que les douleurs spontanées ou exaspérées par la pression sur l'un ou l'autre côté de l'hypogastre, les douleurs lombaires pendant la station, la présence de tumeurs à l'ovaire reconnues au palper et à l'exploration vaginale, etc., etc.

Influence des tempéraments sur la production des dyspepsies acescentes.

2710. Les tempéraments exercent une influence proégumène si prononcée sur la production des cardialgies, que l'aptitude à la production des dyspepsies acescentes a été considérée comme un des caractères de certains tempéraments. Ainsi l'aptitude aux cardialgies et aux cardio-entéralgies bilieuses a été indiquée par les physiologistes comme un des caractères spéciaux du tempérament bilieux ou mélancolique. Le tempérament nerveux par la prédisposition qu'il crée à éprouver avec une intensité insolite l'influence de tous les ébranlements moraux, prédispose évidemment aux dyspepsies cardialgiques, dont ces ébranlements sont une des causes les plus puissantes. Ce n'est là sans doute qu'une prédisposition indirecte, mais il ne faut pas moins en tenir compte, car elle contribue à faire naître la facilité avec laquelle les dyspepsies sont produites, et l'intensité des phénomènes nerveux qu'elles peuvent déterminer. C'est surtout chez les sujets que leur

tempérament nerveux rend impressionnables aux plus faibles influences extérieures que l'on observe les cardialgies hystériques et hypochondriaques, et que l'on voit dans la plupart des cas les dyspepsies aiguës passer à la forme chronique.

2711. Les différents tempéraments exercent évidemment une influence proégumène sur la forme des dyspepsies cardialgiques : chez les sujets d'une forte constitution et d'un tempérament sanguin, on n'observe guère que les dyspepsies cardialgiques aiguës, qui sont souvent voisines d'une véritable phlogose gastro-intestinale; chez les personnes lymphatiques, qui ont une grande irritabilité nerveuse, les dyspepsies ont le plus ordinairement la forme des cardialgies acescentes, et passent avec une extrême facilité à l'état chronique, comme l'expérience clinique met journellement à même de le reconnaître chez les femmes dont le tempérament lymphatique coïncide avec une extrême susceptibilité nerveuse. R. Thomas de Salysbury a fait remarquer avec raison que les hommes d'un tempérament mélancolique de qui l'esprit est susceptible d'une grande attention, et de qui les passions ne sont pas facilement excitables, sont dans leur vieillesse les plus exposés à l'hypochondrie[1]. Les cardialgies même les plus aiguës passent facilement chez ces sujets à la forme chronique, et prennent le caractère de dyspepsies hypochondriaques.

De la susceptibilité morbide du tube digestif considérée comme cause prédisposante des dyspepsies acescentes.

2712. La susceptibilité du tube digestif existe comme condition physiologique à un tel degré chez certaines personnes, que le contact des aliments les moins stimulants provoque des accidents cardialgiques. Chez d'autres, ces accidents sont déterminés par le contact spécial de certains aliments, dont les hommes bien portants font usage sans aucune incommodité. Enfin il est des sujets qui sont pris d'accidents de dyspepsies cardialgiques par des impressions ex-

[1] Robert Thomas de Salysbury, *Med. prat.*, trad. de Cloquet; tome 1, p. 562.

térieures qui n'agissent même pas directement sur les organes digestifs. Ces états physiologiques spéciaux des organes, ces idiosyncrasies, sont des causes proégumènes qui ont une grande influence sur la manifestation des dyspepsies cardialgiques ; elles sont si prononcées chez certains sujets, comme Schmidtmann [1] l'a fait remarquer, que les causes extérieures les moins actives, telles qu'un léger ébranlement moral, des changements rapides dans l'état thermométrique ou hygrométrique de l'atmosphère, le règne de certains vents, le séjour passager dans l'air stagnant, l'influence du froid sur certaines parties du corps, le plus léger changement du régime alimentaire, suffisent pour provoquer des accidents cardialgiques, quelquefois d'une extrême intensité. Dans tous ces cas, la prédisposition se trouve dans la susceptibilité seule des organes digestifs. Cette prédisposition peut se manifester exclusivement par l'action de certaines causes avec lesquelles la susceptibilité des organes gastro-intestinaux a un rapport spécial, qui leur donne une activité nuisible qu'elles n'ont pas par elles-mêmes. Ce dernier mode d'idiosyncrasie qui prédispose aux dyspepsies cardialgiques est si fréquent, que nous pourrions facilement en rassembler un grand nombre d'exemples recueillis par les auteurs ou par nous-même. Sennert a fait la remarque qu'il est des sujets qui ont une répugnance si grande pour certains aliments qui ne sont point nuisibles par eux-mêmes, qu'ils sont pris d'indigestion dès qu'ils en font usage [2]. J. G. Hoyer rapporte qu'une jeune femme était prise d'une cardialgie active chaque fois qu'elle mangeait de l'ail [3]. J. J. Wepfer a connu une dame qui était affectée d'une violente cardialgie et de coliques chaque fois qu'elle prenait du vinaigre ou qu'elle mangeait un fruit cru, doux ou acide [4]. Nous donnons des

[1] *Summa. obs.*, etc., t. III, p. 206.

[2] *Op.* lib. II, part. III, sect. II, cap. I, p. 356.

[3] *Act. nat. curios.*, vol. IV, obs. 34.

[4] *Miscell. nat. curios.*, Dec. II, obs. 171, scol. p. 309.

soins depuis longtemps à une femme qui ne peut manger des œufs sans éprouver des accidents cardialgiques, quelle que soit la préparation culinaire qu'on leur ait donnée.

C'est à de semblables idiosyncrasies qu'il faut rapporter l'aptitude à être affectées d'indigestion et de cardialgie ou de cardio-entéralgie que certaines personnes éprouvent par l'usage du lait, des fraises, des pêches, des moules, des huîtres, etc., etc.

2713. Les impressions perçues par les sens peuvent devenir la cause occasionnelle des accidents cardialgiques. F.-A. Weber a connu une femme à qui l'odeur de l'eau de Cologne causait des douleurs cardialgiques jusqu'au vomissement. Il n'est pas très rare de rencontrer des personnes qui ne peuvent supporter l'odeur de certaines fleurs ou de certaines substances très odorantes, sans que leur digestion soit troublée ou au moins sans qu'il survienne des douleurs gastriques et des nausées et des vomissements, même pendant la vacuité de l'estomac.

**Influence des perceptions sensitives sur la production des dyspepsies acescentes.**

La vue de plaies, d'éruptions cutanées, du sang, ou de malades qui vomissent, suffit chez certains sujets pour interrompre la digestion, occasionner des douleurs cardialgiques, provoquer des coliques ou déterminer des vomissements et des selles liquides.

2714. Les accidents de dyspepsies provoqués par les ébranlements physiques se rapportent encore à des idiosyncrasies. P. Forestus rapporte que son frère germain était pris de cardialgie suivie de vomissements bilieux, de défaillances, dès qu'il se livrait à un violent exercice, ou seulement lorsqu'il voyageait en voiture, ou lorsqu'il se soumettait à un jeûne trop prolongé[1]. L'invasion des accidents cardialgiques par les ébranlements physiques peut être considérée comme l'effet d'une susceptibilité anomale des organes digestifs et de leurs annexes, puisqu'elle n'arrive pas chez le plus grand nombre de ceux

**Influence des ébranlements physiques pour la production des dyspepsies acescentes.**

[1] *Obs. med.*, lib. XVIII, obs. IV.

qui sont soumis à ces causes ; toutefois il ne faudrait pas donner une valeur trop absolue à cette interprétation des observations étiologiques. Le plus grand nombre des hommes sont affectés de vomissements et d'accidents cardialgiques par les violents ébranlements physiques ; le mal de mer n'est pas autrement déterminé, et il est peu de personnes qui n'en soient affectées au commencement du voyage. Il n'est pas non plus très rare de voir des personnes qui éprouvent les mêmes accidents par les secousses des voitures. L'équitation chez ceux qui n'y sont point accoutumés produit quelquefois les accidents des cardialgies bilieuses. Nous donnons des soins depuis plusieurs années à un homme d'une très vigoureuse contitution, qui a l'habitude de voyager à cheval ; il ne peut y monter que plusieurs heures après le repas, sans éprouver un trouble de la digestion, marqué par des douleurs obtuses à l'estomac, qui sont suivies de coliques au bout de quelques heures, et qui se terminent la nuit suivante par des selles bilieuses.

2715. La plupart des cardialgies qui proviennent ainsi de la réunion des effets d'une irritabilité idiosyncrasique de l'estomac et de causes procatarctiques qui seraient sans action nuisible chez la plupart des hommes, sont des dyspepsies acescentes aiguës, souvent bilieuses ; la continuité de ces causes peut devenir l'origine de cardialgies chroniques ou hypochondriaques.

*B.* Des causes pathologiques proégumènes des dyspepsies cardialgiques.

De la prédisposition aux dyspepsies acescentes occasionées par diverses maladies.

2716. Un grand nombre de maladies, par l'influence qu'elles ont sur les fonctions digestives, par leur nature ou par la perturbation que leurs accidents apportent dans tous les appareils organiques, ou par l'effet de la médication qu'on leur a opposée, sont des causes proégumènes de dyspepsies cardialgiques. Le malade conserve pendant un temps plus ou moins long après ces maladies une prédisposition prononcée à ces maladies. F. L. Bang a signalé

cette prédisposition en disant que certaines maladies, et surtout les dysentéries, les diarrhées, les fièvres intermittentes, laissent souvent après elles une condition qu'il regarde comme un état de débilité relative de l'appareil gastro-intestinal, dont la dyspepsie acescente est le résultat[1].

Des maladies qui prédisposent aux dyspepsies acescentes.

2717. Il n'est presque aucune maladie aiguë fébrile après laquelle on n'observe pendant la convalescence un certain degré de dyspepsie cardialgique, qui persiste en diminuant jusqu'à ce que toute l'activité des fonctions organiques soit rétablie. Le propre des maladies aiguës est de laisser après elles, pendant un certain temps, une faiblesse de toutes les fonctions des organes sécréteurs, une irritabilité exagérée et une mobilité excessive du système nerveux qui s'effacent à mesure que les forces se rétablissent. Cet état intermédiaire entre la maladie terminée et la santé est analogue à celui dans lequel se trouvent habituellement les femmes nerveuses d'une faible constitution, ou les personnes qui ont été affaiblies par des privations, par des travaux excessifs ou par des chagrins; il exagère l'influence de toutes les causes morbigènes; il rend nuisible pour les organes digestifs l'action des agents hygiéniques le plus facilement supportée dans l'état de santé; il crée un état habituel d'imperfection des sécrétions qui se voit même dans les organes des sécrétions extérieures.

2718. Parmi les maladies qui prédisposent le plus aux dyspepsies cardialgiques, nous mettons en première ligne les hémorrhagies. Il suffit d'une perte de sang d'une certaine abondance, même par cause traumatique, pour que les fonctions digestives deviennent difficiles, ralenties et douloureuses. C'est ainsi que les dyspepsies sont toujours imminentes et souvent remarquées à la fin des maladies qu'on a combattues par d'abondantes émissions sanguines.

Les dyspepsies nidoreuses et les fièvres dyspepsiques sont des causes proégumènes des plus puissantes des dys-

[1] *Praxis med. syst. exposit.*, 1818, p. 277.

pepsies acescentes, à tel point que beaucoup de ces maladies sont le résultat d'embarras gastriques ou gastro-intestinaux, ou de fièvres gastriques, surtout si la diacrise muqueuse ou mucoso-bilieuse intestinale a été combattue mal à propos par une médication trop débilitante.

Toutes les phlegmasies, toutes les fièvres d'une certaine intensité, rendent difficiles et incomplètes les fonctions digestives pendant leur durée ; le désordre de ces fonctions persiste souvent pendant la convalescence, et prend la forme caractérisée des cardialgies.

Des formes des dyspepsies qui succèdent à différentes maladies.

2719. Les dyspepsies cardialgiques qui surviennent ainsi sous l'influence de la prédisposition que les maladies aiguës laissent après elles, ont quelquefois la forme de cardialgies aiguës ; dans ce cas, presque toujours une cause déterminante est intervenue, et la prédisposition, résultat de la maladie antécédente, ne se reconnaît qu'à la facilité avec laquelle la cause occasionnelle convertit en un état morbide caractérisé la difficulté des digestions qui subsistait dans la convalescence de la maladie antécédente.

2720. Lorsque l'influence d'une maladie sur l'organisme a été très grande, et surtout lorsqu'elle s'est prolongée pendant longtemps sous la forme chronique, et aussi lorsqu'elle a affecté un sujet d'une faible constitution et déjà avancé en âge, elle laisse après elle un état de débilité des fonctions organiques, et surtout des fonctions digestives, qui ne se répare qu'avec lenteur, ou même qui ne se répare jamais ; il en résulte une détérioration de la constitution, une sorte de tempérament cachectique qui persiste souvent jusqu'à la fin de la vie. C'est là la condition proégumène la plus favorable au développement des dyspepsies acescentes chroniques et hypochondriaques. C'est pourquoi la plupart des hypochondriaques font remonter leur mauvaise santé à des maladies plus ou moins graves qu'ils ont éprouvées. C'est de ces faits mal interprétés que sont nées les doctrines le plus souvent fausses des métastases et des délitescences au

début des cardialgies chroniques et surtout des dyspepsies hypochondriaques.

Des maladies qui prédisposent aux dyspepsies acescentes, par le siége qu'elles occupent.

2721. Il est des maladies qui prédisposent plus spécialement aux dyspepsies par le siége qu'elles occupent. Les maladies utérines sont celles qui ont au plus haut degré cette fâcheuse influence sur les organes digestifs. Cette influence, qui résulte évidemment des rapports physiologiques des organes affectés avec les organes abdominaux, est quelquefois si prononcée, qu'elle atteint l'activité d'une cause procatarctique. Il n'est guère de médecin qui n'ait rencontré des femmes affectées de maladies chroniques de l'utérus dont les accidents les plus prononcés sont ceux des cardialgies aiguës, et surtout des dyspepsies cardialgiques chroniques. Les maladies chroniques de la peau, lorsqu'elles ont une certaine étendue, telles surtout que les lichens, les eczémas chroniques, les psoriasis, etc., déterminent aussi ou au moins rendent imminentes les dyspepsies cardialgiques, à tel point que la plupart de ces maladies cutanées présentent dans leur cours, souvent d'une manière continue, au moins par intervalles, des dyspepsies aiguës et chroniques plus ou moins intenses. Les dyspepsies hypochondriaques se montrent si souvent dans ces circonstances, que leur présence a servi à édifier les théories qui rapportent à ces maladies de peau des affections chroniques du foie, auxquelles des médecins ont attribué l'hypochondrie. C'est par elles aussi que d'autres médecins ont été conduits à ne considérer ces affections cutanées que comme l'effet de la maladie gastro-intestinale. Cette connexion de la prédisposition aux dyspepsies cardialgiques avec des maladies de la peau n'est en réalité que le résultat de la connexion synergique des membranes tégumentaires internes et externes.

### *C.* Des causes proégumènes des dyspepsies cardialgiques qui proviennent des influences hygiéniques.

Des habitudes hygiéniques qui prédisposent aux dyspepsies acescentes.

2722. Toutes les habitudes hygiéniques qui rendent l'action des organes digestifs imparfaite ou difficile, prédisposent aux dyspepsies acescentes.

Des causes proégumènes des dyspepsies acescentes provenant des aliments.

2723. Avant toutes les autres causes hygiéniques qui peuvent prédisposer aux dyspepsies acescentes, il faut placer comme les plus puissantes celles qui se trouvent dans le régime alimentaire des malades, qui exercent directement leur action sur le tube digestif : telles sont toutes les habitudes diététiques qui ont pour résultat d'imposer directement au tube digestif un travail d'élaboration difficile, soit par la qualité, soit par la quantité des aliments. Ainsi, l'usage des aliments de haut goût, trop épicés et aromatisés, ou trop gras, comme ceux que vendent les charcutiers, contribue à la production des dyspepsies acescentes que nous observons à Paris, surtout chez les femmes qui ne trouvent pas dans les travaux manuels en plein air une cause d'une grande activité des fonctions digestives. L'usage ordinaire d'aliments en trop grande quantité contribue à produire les dyspepsies acescentes si fréquentes chez les personnes oisives et qui mènent une vie sédentaire (2706). Les substances alimentaires de mauvaise qualité, comme les viandes, les légumes assaisonnés avec des graisses, des huiles rances, du vinaigre, que les pauvres se procurent à bas prix, contribuent à produire ces cardialgies si souvent observées chez les ouvriers. Les aliments exclusivement végétaux, comme les légumes farineux, les bouillies féculentes, dont la digestion est toujours lente, ou comme les aliments qui stimulent l'estomac, sans fournir de principes réparateurs en quantité suffisante ou de bonne qualité, comme les pâtisseries sucrées, les entremets, les crèmes aromatisées ou les fruits confits, etc., sont les causes proégumènes des dyspepsies acescentes; les unes chez les pauvres, auxquels

l'indigence interdit l'usage de la viande en assez grande quantité, les autres chez les riches qui cherchent dans les jouissances de la table à satisfaire une sensualité souvent émoussée par les excès.

2724. L'effet nuisible des aliments de mauvaise qualité comme cause proégumène des dyspepsies, est augmenté par l'état de fatigue corporelle ordinaire et par le besoin de réparation des forces qui en est le résultat. Schmidtmann attribuait le grand nombre de cardialgies qu'il observait chaque année chez les cultivateurs qui avaient travaillé à la moisson, à l'usage des aliments et des boissons froides qu'ils prennent sans précaution et pendant qu'ils sont en sueur et qu'ils se livrent aux plus pénibles travaux [1].

**Des causes prédisposantes de la cardialgie des enfants provenant du lait des nourrices.**

2725. La prédisposition aux cardialgies chez les enfants à la mamelle résulte de la succion habituelle d'un lait imparfaitement élaboré, comme celui des nourrices épuisées par de pénibles travaux ou qui ne vivent que de mauvais aliments, comme le lait fourni par les mères qui n'interrompent pas, pendant qu'elles sont nourrices, leurs habitudes de dissipation, de plaisirs fatigants, de régime trop stimulant et souvent en même temps peu réparateur. La mauvaise qualité du lait des nourrices, déterminée par les passions auxquelles elles s'abandonnent, est aussi pour l'enfant une cause proégumène et quelquefois procatarctique de cardialgie; c'est ainsi que l'on voit cette maladie se produire fréquemment chez les enfants allaités par des femmes qui se livrent à la colère [2].

**De l'usage des boissons chaudes et aromatiques comme cause des dys-**

2726. L'usage habituel de boissons chaudes et stimulantes, aromatiques, en grande quantité, est une cause prédisposante des dyspepsies cardialgiques. Cullen [3] range l'in-

[1] Schmidtmann, *Summa. obs.*, etc., t. III, p. 197.

[2] Ettmuller, *Op.*, t. II, p. II, obs. XLVI. — Martin Stark, *Dissert. de alienata bilis qualitate*, etc. Collect. de Schroëder, t. I, p. 378.

[3] Cullen; *First lines of the practice of physic.*, vol. III, cap. II, § MCXLII.

pepsies acescentes.

fusion de thé parmi les boissons d'un usage nuisible pour les fonctions digestives ; nous pensons avec Smith, que l'usage journalier et souvent immodéré de cette infusion à la fois aromatique et narcotique, contribue à produire les dyspepsies, et surtout les hypochondries, si communes chez les Anglais. Haller rapporte que l'habitude de prendre du thé pour faciliter son travail de nuit, pendant ses études médicales, à laquelle il se livrait malgré les conseils de Boerhaave, avait tellement affaibli l'action digestive de son estomac, qu'il n'avait pas recouvré l'activité des fonctions de cet organe à quarante ans [1]. L'usage immodéré du café est aussi une cause de cardialgie. Schlüter [2] a insisté sur ses effets fâcheux pour les fonctions digestives ; Schmidtmann, qui pratiquait à Melle, où l'usage immodéré du café est très répandu, lui attribue le grand nombre de dyspepsies cardialgiques qu'il y a observé. C'est dans l'huile empyreumatique de l'infusion du café que se trouve suivant lui son action nuisible pour les organes digestifs [3].

Influence de l'usage du sucre pour produire la dyspepsie acescente.

2727. Ce n'est pas seulement par leur température et leurs qualités aromatiques que les infusions chaudes prédisposent aux dyspepsies cardialgiques, c'est évidemment aussi par la matière sucrée qu'elles contiennent. Nous avons vu si souvent ces maladies se produire d'abord sous la forme de simples difficultés de digestion, puis devenir plus graves, puis se renouveler à des intervalles de plus en plus rapprochés, puis enfin persister sous la forme de cardialgie acescente, comme maladie continue chez des personnes habituées à un usage excessif des boissons sucrées, et surtout de l'eau chaude sucrée; nous avons si fréquemment constaté les effets nuisibles du sucre en substance, mélangé à des aliments, et surtout dissous dans l'eau chaude, chez les personnes affectées de dyspepsies ;

[1] *Eleml. physio.*, t. VI, lib. XIX, sect. III, § XXI.
[2] *Uber den Magenkrampf*, p. 90. Brunswigi, 1796.
[3] *Summa. obs.*, etc., t. III, p. 194.

nous avons vu tant de fois l'interruption de l'usage du sucre et des boissons sucrées, suffire pour diminuer les accidents cardialgiques, que nous n'hésitons pas à considérer l'usage habituel et immodéré du sucre et des aliments sucrés, l'habitude journalière des boissons sucrées qui est si ordinaire chez les enfants, chez les femmes, chez quelques hommes qui vivent dans les jouissances du luxe, comme la cause proégumène principale des dyspepsies acescentes aiguës et chroniques, et des dyspepsies hypochondriaques dont ils sont si souvent affectés.

De l'usage des acides comme cause prédisposante des dyspepsies acescentes.

2728. Parmi les causes diététiques, il n'en est aucune qui soit plus puissante pour préparer et déterminer la production des dyspepsies acescentes, que les boissons acides. Elles suffisent chez quelques personnes pour déterminer immédiatement des accidents de cardialgie; chez ceux qui les supportent le plus facilement, l'usage prolongé de ces boissons peut produire la dyspepsie cardialgique, surtout lorsqu'elles ont un haut degré d'acidité, et qu'elles contiennent un acide d'une certaine activité, comme l'acide tartreux et l'acide malique. Les personnes prédisposées à la cardialgie, ou celles qui en sont affectées, éprouvent immédiatement une augmentation des accidents par l'effet des substances alimentaires acides. La susceptibilité de l'estomac à ressentir l'influence nuisible des acides, est telle chez certains sujets, qu'on peut provoquer des accidents cardialgiques avec des aliments liquides d'une faible acidité, que l'on supporte facilement dans les usages habituels de la vie; c'est ainsi que le bouillon gras qui n'est que légèrement acide, provoque des accidents dyspepsiques, ou au moins y prédispose chez un grand nombre de personnes. Le pain tendre, qui a des propriétés acides, a le même effet sur la plupart de ceux qui ont les voies digestives très irritables, d'autant qu'il surcharge l'estomac par sa masse et qu'il est de digestion pénible.

De l'usage des

2729. L'usage des fruits crus cueillis avant leur matu-

fruits crus comme cause proégumène des dyspepsies acescentes.

rité, ou des boissons préparées avec ces fruits, est une des causes proégumènes les plus puissantes des cardialgies; c'est par elle que sont provoquées les entéralgies épidémiques dans les années où les fruits n'atteignent qu'une maturité incomplète. A côté des maladies tormineuses que ces causes générales provoquent dans les populations, comme le fut la colique épidémique du Devonshire de 1724, que Huxham attribuait à l'usage immodéré des pommes et du cidre, auquel le peuple se livra cette année où la récolte de ce fruit fut d'une abondance prodigieuse, on voit de l'avis de tous les auteurs qui ont traité de ces maladies, les cardialgies se multiplier et se manifester chez beaucoup de personnes, tantôt comme la seule maladie, toujours comme prodrome de la colique, et le plus souvent comme accident qui survit à la maladie tormineuse.

Des causes générales des dyspepsies acescentes qui peuvent les rendre endémiques ou épidémiques.

2730. L'exposition à l'air froid et humide prédispose à contracter les dyspepsies cardialgiques. Si cette influence s'exerce en même temps sur toute la population, elle peut devenir la source d'un si grand nombre de cardialgies et de cardio-entéralgies, qu'elles peuvent être considérées comme endémiques et même comme épidémiques.

Influence du froid et de l'humidité sur les dyspepsies acescentes.

2731. L'influence des temps froids et humides sur la production des cardialgies se voit par l'exacerbation des accidents de ces maladies, lorsque l'atmosphère est dans ces conditions. M. Barras remarquait sur lui-même que ses souffrances qu'il devait à la cardialgie hypochondriaque dont il était affecté, étaient toujours augmentées dans les temps d'orage et de pluie, et qu'il se trouvait toujours mieux quand le temps était sec, pourvu que la chaleur ne fût pas très grande [1]. Cette observation sur l'influence que l'état de l'atmosphère exerce sur les exacerbations, et même sur l'invasion des accidents cardialgiques, peut se répéter chaque jour en pratique. Robert Thomas de Salysbury,

[1] *Traité sur les Gastralgies*, etc., t. I, p. 305.

établissait l'influence du froid et de l'humidité de l'atmosphère sur les cardialgies, en faisant cette remarque, que c'est ordinairement pendant l'automne et l'hiver que ces maladies s'exaspèrent [1].

Influence des saisons sur la production et l'exaspération des dyspepsies acescentes.

2732. Les dyspepsies acescentes, et surtout les cardialgies bilieuses, ne se multiplient, et même ne se produisent certaines années que dans les saisons d'été et d'automne, et lorsqu'il règne des maladies bilieuses. Cette remarque, sur laquelle Schmidtmann [2] établit un rapport entre ces diverses maladies, a pu se faire pendant les grandes chaleurs de l'été dernier, 1842. L'influence de la température élevée de l'atmosphère comme cause proégumène des dyspepsies cardialgiques bilieuses, est si prononcée que beaucoup de personnes, qui ont à la vérité une grande susceptibilité du tube digestif, sont obligées lorsqu'elle règne, de s'imposer une grande sévérité de régime pour éviter l'anorexie, les douleurs cardialgiques, des vomissements, des selles bilieuses et des coliques fugaces. Les malades affectés de dyspepsies acescentes chroniques et d'hypochondrie, éprouvent fréquemment dans les mois les plus chauds de l'été, une véritable transformation de leur maladie en cardialgie bilieuse.

De la vie sédentaire et des travaux intellectuels comme causes proégumènes des dyspepsies.

2733. Les attitudes habituelles dans certaines professions prédisposent aux cardialgies. Les ouvriers, comme par exemple les cordonniers, qui travaillent assis et inclinés, ceux qui écrivent dans cette position, s'exposent à des douleurs cardialgiques s'ils prolongent leurs travaux outre mesure. Forestus contracta des douleurs à l'estomac et aux hypochondres, comme celles qui surviennent habituellement aux hypochondriaques, pour avoir écrit étant assis et incliné, les secrets de J. Tiengius, médecin d'Amsterdam [3]. L'influence de l'attitude courbée en écri-

[1] *Med. prat.*, trad. de Cloquet, t. I, p. 562.
[2] *Summa. obs.*, etc., t. III, p. 241; t. IV, cap. VI, p. 431.
[3] *Op. obs. med.*, lib. X, obs. 48 *in schol.*

vant, sur la production des perturbations de la digestion et des douleurs épigastriques, est si connue qu'elle a fait adopter l'usage d'écrire debout à beaucoup d'hommes de cabinet; tous les médecins savent quel fâcheux effet elle produit sur les fonctions de l'estomac, surtout quand on se livre à des travaux qui exigent une grande contention d'esprit, après les repas et pendant le premier travail de la digestion.

De la prédisposition aux dyspepsies cardialgiques provoquée par les attitudes habituelles de certaines professions.

2734. L'habitude d'une vie sédentaire, les travaux de cabinet assidus, les méditations et les études abstraites sont aussi des causes proégumènes des dyspepsies cardialgiques (2745). Arétée les considère comme d'autant plus puissantes que ceux qui s'y soumettent y joignent d'ordinaire un mauvais régime, qui consiste le plus souvent dans l'usage d'aliments de digestion difficile, et dans la privation des exercices et des distractions nécessaires pour entretenir le bon état des fonctions digestives[1].

Des excès vénériens et de l'onanisme comme causes des dyspepsies acescentes.

2735. L'état de débilité que les excès vénériens déterminent dans tout l'organisme, l'éréthisme où ils jettent le système nerveux, mettent ceux qui s'y livrent (2703) dans les conditions les plus favorables pour ressentir l'influence de toutes les causes qui peuvent troubler l'action des organes digestifs. On se rend raison de la même manière des fâcheux effets de l'habitude de la masturbation comme cause prédisposante des dyspepsies (2663). Schmidtmann n'hésite pas à dire que la seule présence de la cardialgie chez les jeunes gens lui fait soupçonner l'existence de l'habitude de l'onanisme, et que ses soupçons sont presque toujours vérifiés par le résultat des recherches qu'ils lui suggèrent. Notre expérience est en cela d'accord avec la sienne, particulièrement pour les dyspepsies chlorotiques des jeunes filles.

Influence des déperditions qui résultent des

2736. L'épuisement qui résulte des excrétions exagérées provoquées par des habitudes hygiéniques, peut devenir

[1] *De causis et signis morb. diut.*, lib. II, cap. VI.

une cause prédisposante des dyspepsies; c'est ainsi que la déperdition de la salive excitée par l'usage de fumer, prédispose à ces maladies [1]; il est vrai qu'on ne peut séparer de l'action topique de la vapeur âcre du tabac l'influence exercée sur le système nerveux par son principe narcotique absorbé. Cullen range aussi parmi les causes qui prédisposent à ces maladies les déperditions par la muqueuse gastro-intestinale par suite de l'habitude des purgatifs.

excrétions comme causes des dyspepsies acescentes.

2737. Nous rangeons parmi les causes proégumènes des dyspepsies les déperditions déterminées journellement par des exutoires de précaution, surtout à l'âge où l'organisme a besoin d'une grande quantité de principes réparateurs pour le développement du corps. Nous avons plusieurs fois fait cesser des dyspepsies chroniques chez de jeunes sujets à l'époque de la puberté, en faisant supprimer des exutoires qu'ils portaient depuis longtemps.

Des exutoires de précaution comme causes prédisposantes des dyspepsies cardialgiques.

2738. De toutes les influences qui modifient la santé de l'homme, les plus actives proviennent des peines de l'ame; Baglivi en a bien exprimé les effets en disant qu'elles produisent des maladies d'estomac plutôt que toute autre affection [2]; elles sont en particulier des causes proégumènes puissantes de dyspepsie. Il est rare en effet qu'on vive longemps avec des passions et des affections morales déprimantes, sans que les digestions deviennent pénibles et imparfaites; et même, pour peu que cette influence se prolonge, la détérioration des fonctions digestives survit à la cause qui l'a produite et devient une maladie habituelle, ou au moins laisse subsister une si grande susceptibilité des organes de la digestion qu'il suffit d'une cause légère pour déterminer l'invasion d'une maladie cardialgique (2758). Chez les jeunes sujets, c'est la dyspepsie acescente aiguë;

De l'état moral comme cause des dyspepsies cardialgiques.

[1] Robert Thomas de Salysbury; *Trait. de méd.*, trad. de Cloquet, t. 1, p. 546.

[2] *Qui laborant animi pathemate, corripi potissimum solent morbis ventriculi.* G. Baglivi, *Op. med.*, lib. 1, cap. XIV.

chez les adultes, c'est habituellement la dyspepsie acescente chronique ; chez ceux qui sont plus avancés en âge, c'est souvent la dyspepsie hypochondriaque.

### § II. *Des causes procatarctiques ou déterminantes des dyspepsies cardialgiques.*

De la conversion des causes proégumènes en causes procatarctiques.

2739. Toutes les causes prédisposantes des dyspepsies cardialgiques les produisent effectivement dès qu'elles atteignent un certain degré d'activité, ou même par le seul fait de leur action prolongée ; le degré nécessaire pour qu'elles aient ce fâcheux effet varie suivant les individus et selon une multitude de circonstances accessoires qui résultent de l'état physiologique du sujet et des influences extérieures auxquelles il est soumis. La susceptibilité insolite que les organes ont acquise par des causes proégumènes (2680), ajoute à la puissance de toutes les influences morbigènes extérieures et appelle leur effet nuisible sur le tube digestif, lors même qu'elles agissent immédiatement sur les organes les plus éloignés et les plus indépendants de l'appareil gastro-intestinal.

Ceux qui ont subi l'influence prolongée des causes proégumènes des dyspepsies, comme ceux qui sont affectés de ces maladies, acquièrent une sorte de tempérament gastrique, qui fait que toutes les causes extérieures, tous les effets de l'incitation nerveuse, tous les ébranlements qui proviennent des impressions morales perçues ou créées par l'esprit, retentissent sur l'appareil gastro-intestinal et troublent ses fonctions. Il n'existe ainsi presque aucune cause morbigène, quelque peu active qu'on la suppose, qui ne puisse déterminer ces maladies chez ceux qui y sont prédisposés, ou les exaspérer, si elles existent ; ou provoquer leur récidive si elles ont existé. Si donc nous voulions parler de toutes les causes procatarctiques par lesquelles ces maladies ont été produites, il nous faudrait énumérer tous les agents avec lesquels l'organisme peut se trouver en rapport ;

nous nous bornerons à indiquer ceux dont l'influence, comme cause occasionnelle de ces maladies, se produit le plus fréquemment ou a le plus frappé l'attention des médecins.

2740. Les causes procatarctiques des dyspepsies cardialgiques agissent immédiatement sur le tube digestif ou sur des organes éloignés. Lorsqu'elles sont assez puissantes pour déterminer une vive perturbation des fonctions digestives ; elles produisent les cardialgies aiguës; si elles ne troublent ces fonctions qu'à un léger degré et qu'elles persistent à agir pendant un certain temps, elles provoquent les dyspepsies cardialgiques chroniques ou hypochondriaques.

### *A.* Des causes procatarctiques qui agissent immédiatement sur les organes digestifs.

2741. Les causes procatarctiques qui agissent immédiatement sur les organes digestifs proviennent des substances ingérées dans l'appareil gastro-intestinal ou de changements dans les rapports physiques de l'estomac avec les parois ou les autres viscères de l'abdomen.

Origine des causes procatarctiques qui agissent sur le tube digestif.

2742. Les causes procatarctiques les plus fréquentes sont celles qui résultent de l'ingestion d'aliments ou de boissons. Ces ingesta provoquent la maladie par leur quantité, par leurs qualités, ou parce qu'ils sont intempestivement introduits dans l'estomac, et quelquefois par ces trois circonstances en même temps.

De l'ingestion des aliments comme cause procatarctique des dyspepsies cardialgiques.

2743. Les aliments pris en trop grande quantité peuvent déterminer la dyspepsie cardialgique; ils la produisent souvent chez des personnes dont les digestions sont habituellement lentes et difficiles. Cet accident est fréquent, chez les convalescents de qui les fonctions digestives comme toutes les autres fonctions organiques sont languissantes pendant un temps d'autant plus long que la maladie précédente a été plus grave et plus prolongée (2643) [1].

Des dispositions individuelles par suite desquelles les aliments produisent des dyspepsies acescentes.

[1] F. Hoffmann a insisté sur cette observation qu'on peut répéter souvent

R. Lentilius rapporte qu'un goutteux convalescent d'une maladie, ayant mangé une trop grande quantité de fromage, fut pris d'une cardialgie aiguë violente qui déterminait comme épiphénomènes une vive céphalalgie, la perte complète de la vue, des défaillances et les tremblements des membres[1] (2595, 2603). Büchner a vu une femme quadragénaire qui ayant pris le soir une grande quantité de laitue avec un peu de bière, fut affectée dans la nuit d'une cardialgie aiguë qui détermina une aphonie[2].

De l'ingestion des aliments en trop grande quantité comme cause déterminante des dyspepsies acescentes.

2744. L'ingestion des aliments en trop grande quantité peut déterminer la dyspepsie cardialgique, lors même qu'ils n'ont pas de qualités nuisibles. Amatus rapporte qu'un jeune homme de dix-sept ans fut affecté d'une cardialgie avec vomituritions et constriction spasmodique du pharynx, pour avoir pris quatre livres de lait à demi-caillé[3]. P. Fabri a observé chez une femme une cardialgie aiguë qui dura quinze jours, et qui fut produite par l'ingestion de fromage mou et récemment préparé[4].

Si les aliments ingérés en grande quantité ont des qualités nuisibles, surtout pour ceux qui sont prédisposés aux cardialgies, l'effet procatarctique est bien plus certain. C'est ce qui arriva par l'ingestion d'une grande quantité de cerises avant le dîner, à cette jeune fille de douze ans dont a parlé J.-A. Goëritz; il en résulta une dyspepsie cardialgique rebelle[5].

dans la pratique : « *Vidimus tale quoque vitium (cardialgia flatulenta) sæpius in iis, qui post morbum paulo diuturniorem, magnam sibi ventriculi infirmitatem contraxerunt, quando paulo avidius cibos, præsertim incongruos, ut sunt pingues, acidi et fermentescibiles, fructus quoque horæi, ingerunt, accedente simul corporis et quam maxime pedum vel regionis lumbaris refrigeratione, subortum et crebrius per intervalla reversum.* » *Med. rat. syst.*, t. II, p. II, sect. II; cap. II, § IX, p. 258.

[1] R. Lentilius; *Eteodr. med. pract.*, p. 509.

[2] Büchner; *Miscell. physic. med.*, an. 1727. Fun. cl. 2, art. IV, p.

[3] Amatus; *Curat. méd.*, cent. VI, curat. 56.

[4] P. Fabri; *Insig. curat.*, o b 38.

[5] J. A. Goëritz; *Annal. Wratisl. Tent.*

2745. L'usage habituel des aliments en trop grande quantité, et surtout des aliments excitants, trop gras, aromatisés, de digestion difficile, et qui stimulent fortement l'appareil digestif, produit par la continuité des digestions pénibles qui en sont le résultat, la dyspepsie chronique et la dyspepsie hypochondriaque. Cet effet morbigène survient principalement chez les sujets qui vivent dans l'oisiveté et qui mènent une vie sédentaire (2735), surtout lorsqu'ils sont prédisposés à ces affections par leur âge et par quelques causes proégumènes.

Du régime trop substantiel et trop stimulant comme cause des dyspepsies cardialgiques.

2746. Les qualités nuisibles des substances ingérées qui provoquent des dyspepsies cardialgiques ne peuvent pas toujours être déterminées, d'autant qu'elles ne proviennent quelquefois que d'une prédisposition idiosyncrasique des malades. Toutefois l'expérience a prouvé que les aliments et les boissons de certaines qualités sont plus spécialement propres à déterminer la cardialgie ; c'est ainsi que l'on rencontre des personnes qui ne peuvent manger du pain chaud sans éprouver des douleurs cardialgiques ; quelques unes ont même été prises de dyspepsies cardialgiques chroniques pour en avoir fait un usage habituel. Simon Pauli rapporte une observation sur une dyspepsie hypochondriaque qui se produisit chez une femme qui se plaisait à manger du pain chaud[1].

Des qualités des aliments et des boissons qui produisent les dyspepsies acescentes.

Les substances acides provoquent assez souvent et exaspèrent toujours les dyspepsies cardialgiques. Le bouillon, qui est une boisson alimentaire acide, les potages féculents, les légumes farineux, les liquides sucrés, qui s'acidifient rapidement dans l'estomac, produisent ou exaspèrent presque toujours les douleurs cardialgiques. Le vinaigre, les vins acides, le cidre, la bière aigre, les légumes crus, les fruits aigres, l'usage peu modéré des boissons et des fruits ou des conserves acides, comme les fruits macérés dans le vinaigre, ont le même effet nuisible à un degré

[1] *Quadripart. Botan.*, p. 537.

encore plus marqué. S. N. Binninger a vu une violente cardialgie qui dégénéra en cardio-entéralgie, se manifester chez un diacre après l'ingestion de concombres préparés au vinaigre [1]. V. Riedlinus rapporte qu'un jeune homme contracta une dyspepsie cardialgique en mangeant des raves crues, quoiqu'il eût bu du vin après l'ingestion de cet aliment; il en résulta d'abord une douleur gravative à l'épigastre, qui devint si intense qu'il ne pouvait respirer qu'assis. Cette douleur fut atténuée par l'administration de l'esprit de genièvre. Néanmoins la dyspepsie persista sous la forme chronique [2]. F. Hoffmann a vu un jeune homme pris d'une grave cardialgie flatulente après avoir mangé une trop grande quantité de fromage mou récemment préparé en buvant du vin du Rhin peu spiritueux, mais acide [3]. Il rapproche ce mode de production des cardialgies de celui qui se produit chez les enfants à la mamelle par la stase et la coagulation dans l'estomac par les acides qui s'y trouvent, d'une trop grande quantité de lait ingérée. C'est là en effet une des causes occasionnelles de la dyspepsie cardialgique des enfants (2416).

Les viandes boucannées, épicées, les viandes trop grasses, comme la chair de porc ou de mouton [4], la chair huileuse de certains poissons, surtout lorsqu'elles sont assaisonnées avec du vinaigre, peuvent avoir pour effet immédiat de déterminer la dyspepsie cardialgique. Ainsi, Storck rapporte qu'un jeune homme de vingt ans fut pris d'une violente cardialgie aiguë après avoir mangé du saucisson et bu de la bière [5]. E. Hagendorn raconte qu'un homme de lettres qui avait mangé abondamment à son souper de la lamproie assaisonnée avec du vinaigre et du poivre fut pris dans la nuit d'une violente cardialgie aiguë.

[1] J. N. Binninger, *Obs. et curat. med.*, cent. III, obs. 40.

[2] *Lin. med.*, ann. V, decembre 7, p. 12.

[3] *Med. ratio. syst.*, t. II, part. II, sect. II, cap. II, § X.

[4] F. Hoffmann; *Med. ratio. syst.*, t. II, part. II. cap. II *in observ.*, obs. II *in Epicrisi.*

[5] J. Storck; *Obs. clin.*, ann. IV. August. cl. 4, § III, n° 5, p. 431.

2747. L'habitude déterminée par les goûts dépravés, que les dyspepsies chroniques provoquent; d'ingérer des substances non alimentaires, telles que du plâtre, de l'argile, etc. (2516), sont des causes procatarctiques dont l'effet se montre par des accidents cardialgiques, et dont la continuité d'action finit par engendrer la dyspepsie chronique et la dyspepsie hypochondriaque.

Influence procatarctique des substances non alimentaires dans la production des dyspepsies.

2748. Certaines substances occasionnent les cardialgies, parce qu'elles sont altérées, ou par de mauvaises qualités qui ne s'apprécient que par leur résultat morbigène, tels sont les poissons gâtés, les moules, les huîtres. V. Riedlinus fait mention d'un marchand qui mangea avec dégoût des huîtres déjà gâtées, il en résulta une cardialgie aiguë qui dura quatre jours [1].

Influence de la mauvaise qualité des aliments dans la production des dyspepsies.

Il faut rapporter à un semblable mode d'action la cardialgie produite chez les enfants à la mamelle (1610) par la mauvaise qualité que prend le lait dans certaines circonstances, comme lorsque les nourrices se laissent aller à la colère (1610) ou à l'habitude de l'ivresse, ou pendant le flux mentruel (1601).

2749. Les boissons provoquent quelquefois les dyspepsies cardialgiques par leur température. L'ingestion des boissons froides, le corps étant échauffé ou par la température du lit, ou par le séjour dans des lieux fortement chauffés, ou par suite d'exercices violents, est une des causes procatarctiques les plus puissantes des dyspepsies acescentes. H.-F. Teichmeyer rapporte l'exemple d'un homme de quarante ans qui avait une dyspepsie acescente chronique peu intense, chez lequel la maladie fut exaspérée au point de se convertir en une cardialgie aiguë violente par l'ingestion de l'eau froide faite au sortir du lit, le corps étant en sueur [2]. R. Lentilius ra-

De la température des boissons comme cause des dyspepsies acescentes.

[1] *Lin. med.*, an. I; Januar 19, p. 22.

[2] H. F. Teichmeyer; *Dissert. de spasmis ventriculi.* Jenæ, 1743. Respond, J. F. Scherff, n. 4.

conte qu'un homme rentré chez lui étant en sueur, après avoir assisté à une représentation théâtrale, but de l'eau à la glace et fut pris le lendemain d'une très vive cardialgie qui ne céda qu'après plusieurs jours de traitement [1]. J. Sims a conservé une observation recueillie sur une femme de vingt ans, qui prit une boisson froide et s'exposa au froid de la nuit après s'être échauffée à danser ; il en résulta une cardialgie aiguë d'une très grande intensité, qui prit au bout de quelques jours le caractère d'une gastrite [2]. Rien de plus commun que d'observer des dyspepsies déterminées et exaspérées par l'ingestion des boissons froides dans la saison des chaleurs, ou pendant l'hiver chez ceux qui s'échauffent dans les lieux de réunion et à l'exercice de la danse. Il n'est même pas nécessaire que le corps soit en sueur pour que cet effet fâcheux soit produit par l'ingestion d'une boisson froide ; C.-J. Trewius en donne la preuve par une observation recueillie sur une femme de vingt-huit ans qui fut prise au printemps d'une violente cardialgie après avoir bu un liquide froid. Cette maladie aiguë eut le caractère de la cardialgie bilieuse; elle fut guérie en quelques jours par l'administration de l'huile de cajeput ; elle se reproduisit au mois de septembre après l'ingestion de poires crues [3].

De l'opium comme cause des dyspepsies acescentes.

2750. L'administration de médicaments, pour remédier à certaines maladies, peut déterminer la production des cardialgies. Cullen place en tête des substances nuisibles dont l'ingestion peut avoir ce résultat, les médicaments narcotiques [4]. F. Hoffmann a justifié par l'observation clinique le mauvais effet de ces médicaments administrés à haute dose pour suspendre des diarrhées ; il a spécialement rapporté aux effets des narcotiques la production de la

[1] R. Lentilius; *Miscell. med. pract.*, p. I, p. 61.

[2] F. Sims, *Bemerk. über epidem.* Krankh. III, p. 60.

[3] C. F. Trewius; *Comment. nor.*, t. IX, an. 1789, lib, XXIXX. p. 305.

[4] *First lines*, etc., t. III, cap. II, § MCXLII.

dyspepsie hypochondriaque [1]. Nous avons été aussi témoin du développement de cette maladie occasionné par l'opium ; quoique l'expérience nous ait appris qu'il est peu de médicaments dont on retire plus d'utilité contre les dyspepsies cardialgiques, nous avons vu quelquefois son ingestion exaspérer des dypepsies pour la curation desquelles on y avait eu recours. L'idiosyncrasie de certains sujets est telle, que la plus petite quantité d'opium provoque des douleurs cardialgiques et des vomissements. Nous venons d'observer un cas dans lequel cinq centigrammes de ce médicament, administrés pour remédier à des accidents hystériques, ont suffi pour déterminer une dyspepsie ascescente aiguë qui ne s'est terminée qu'au bout de douze jours.

Des purgatifs et des émétiques considérés comme causes des dyspepsies acescentes.

2751. Cullen signale l'administration intempestive des purgatifs et des émétiques comme une des causes qui déterminent les dyspepsies cardialgiques. Schmidtmann dit qu'il a vu plusieurs fois ces maladies produites par l'administration de vomitifs ou de purgatifs drastiques [2]. De tous les purgatifs qui peuvent avoir ce fâcheux effet, il n'en est aucun qui soit plus à redouter que les purgatifs salins dont on abuse tant aujourd'hui. F. Hoffmann avait déjà remarqué leur fâcheux effet chez ceux qui sont prédisposés aux dyspepsies; il signalait surtout les eaux de Sedlitz comme dangereuses dans ce cas [3]. L'effet nuisible de ces médicaments se montre surtout si on les administre lorsque le malade est déjà sous l'influence d'une dyspepsie provoquée par une autre cause. F. Hoffmann rapporte qu'une cardialgie provoquée par une vive colère fut exaspérée au point de devenir mortelle par l'administration d'un émétique [1].

[1] *De vera morb. hypo. sede et indole*, etc. *Dissert.*, § XIII.
[2] *Summa. obs.*, etc., t. III, p. 199.
[3] *Med. rat. syst.*, t. II, part. II, sect. II, cap. II in cautelis, § 8.
[4] *Med. rat. syst.*, loc. cit., obs. IX.

On a préconisé il y a quelques années à Paris l'administration des sels de zinc et même de cuivre comme vomitifs. Nous avons presque toujours vu l'effet de ces médicaments, lors même que les émétiques étaient indiqués pour des maladies étrangères au tube digestif, déterminer et laisser subsister après leurs effets immédiats des accidents cardialgiques.

L'habitude des purgatifs dont les personnes qui mènent une vie trop sédentaire abusent si souvent, devient une cause des dyspepsies hypochondriaques, ou les exaspère lorsqu'elles existent.

De l'administration intempestive ou trop prolongée des amers et des astringents comme cause des dyspepsies acescentes.

2752. L'administration intempestive ou trop prolongée et faite avec peu de mesure des médicaments amers et astringents peut déterminer les dyspepsies cardialgiques. Ce fâcheux résultat s'observait assez souvent autrefois par l'administration du quinquina lorsqu'on ne connaissait pas le moyen d'en extraire le principe fébrifuge. Le tannin, la grande quantité de parties ligneuses que contient le quinquina, surchargeaient le tube digestif et modifiaient l'action sécrétoire de ses cryptes. Il n'en résultait souvent qu'une cardialgie aiguë passagère, mais d'autres fois aussi c'était une dyspepsie cardialgique chronique et même la dyspepsie hypochondriaque[1]. Nous avons été plusieurs fois témoin des mêmes accidents provoqués par l'administration du sulfate de quinine ou même des amers indigènes pratiquée de prime abord contre les fièvres intermittentes, lorsqu'on n'avait pas débarrassé préalablement le tube digestif de l'état saburrhal qui existe dans le plus grand nombre de ces fièvres.

Des médicaments térébinthacés comme causes des dyspepsies cardialgiques.

2753. Parmi les médicaments qui peuvent produire les cardialgies et les cardio-entéralgies, il n'en est peut-être pas de plus propres à déterminer ces maladies que les térébenthines. Nous avons vu plusieurs fois ces maladies avec la forme aiguë et avec la forme chronique, après l'in-

[1] Ettmuller, *De abusu febrif.*, cap. III, § 3.

gestion du baume de copahu et du poivre cubèbe, faite dans le but de guérir des blennorrhagies. M. Barras a souvent fait la même remarque [1]. L'effet immédiat de ces médicaments, marqué par l'invasion d'une vive cardio-entéralgie aiguë, force souvent à renoncer à leur usage et le plus grand nombre de ceux qui insistent sur leur ingestion, conservent des cardialgies ou des cardio-entéralgies chroniques.

Des ébranlements an maux transmis au tube digestif, considérés comme causes des dyspepsies acescentes; de la cause du mal de mer.

2754. L'action régulière de l'estomac sur les aliments ingérés dans sa cavité, et la sécrétion normale des glandes qui entrent dans sa structure ou qui concourent avec lui à la digestion par les liquides qu'elles versent dans le tube digestif, s'accomplissent sous l'influence des pressions et des ébranlements modérés, transmise ou exercée par les parois abdominales; les changements qui surviennent dans ces conditions physiques au delà de certaines limites, deviennent des causes de cardialgies.

On connaît l'effet produit par les ébranlements violents que les organes digestifs ressentent par les mouvements des navires dans les voyages sur mer; l'effet nuisible de cette cause physique est subordonné à son intensité, puisque ceux mêmes qui ont obtenu par l'habitude de n'en plus ressentir d'inconvénient, ne peuvent plus les supporter dès qu'ils deviennent excessifs, comme cela arrive dans les gros temps. Le mal de mer, ainsi produit, n'est qu'une cardialgie aiguë qui ne persiste pas le plus ordinairement après la cause qui la provoque. L'on peut s'habituer aux effets de cette cause, au point que dans les voyages prolongés elle cesse d'être nuisible au bout de quelques jours; il n'est cependant pas rare de voir des personnes qui conservent pendant un certain temps la dyspepsie cardialgique après le débarquement.

L'ébranlement provoqué par les voitures ou par les pas des chevaux, suffit chez quelques personnes prédisposées

[1] *Traité sur les Gastralgies*, etc., t. II, p. 304.

aux dyspepsies pour déterminer leur manifestation ; nous en avons rapporté un exemple d'après Forestus (2554). C'est surtout des cardialgies bilieuses qui sont déterminées ou exaspérées par ces causes physiques.

Des pressions et des contusions sur l'épigastre comme causes des dyspepsies acescentes ou cardialgiques.

2755. L'ébranlement transmis aux organes digestifs, se montre comme cause de cardialgie dans la production de ces maladies par des contusions sur l'épigastre. Van Swieten rapporte une observation qui montre que la violence physique n'a pas même besoin d'être aussi grande au moins pour déterminer l'excrétion accidentelle d'une surabondance de bile dans le tube digestif et provoquer les accidents de la cardialgie bilieuse ; elle a été recueillie sur un jeune homme auquel on faisait des frictions sur l'épigastre avec des morceaux de flanelle pénétrés de la vapeur du succin. Lorsqu'on pratiquait ces frictions avec trop de force, il était pris de nausées, de vertiges, d'horreur pour les aliments, et ensuite de vomissements bilieux qui duraient pendant plus d'une heure ; rien de semblable n'arrivait si l'on avait la précaution de ne pas comprimer la région de la vésicule du fiel en pratiquant les frictions [1]. La maladie de ce jeune homme, qui avait, au rapport de Van Swieten, une débilité d'estomac, contribuait sans doute comme cause prédisposante à produire cet accident.

Les pressions exercées sur l'estomac pour certaines occupations, rentrent par leurs effets dans les causes que nous indiquons. Quoique l'effet de cette cause physique soit plutôt proégumène que procatarctique pour produire les dyspepsies cardialgiques (2734), il est cependant probable que s'il venait à être exercé avec trop d'activité sur un sujet qui n'y est point accoutumé, il pourrait en résulter une dyspepsie cardialgique.

De la débilité des mouvements péristaltiques

2756. F. L. Bang a considéré comme une cause immédiate des dyspepsies cardialgiques la débilité des contractions

[1] *Comment. in aph. Boerhaavii*, 642, n° 1.

péristaltique du tube digestif[1]. Cette débilité n'est le plus souvent qu'un effet de la maladie; cependant il est telles conditions dans lesquelles elle contribue très probablement à produire la dyspepsie. Nous croyons qu'il en est ainsi dans les cas de dyspepsie chronique, que nous avons souvent observés chez les sujets affectés d'éventration et de laxité des parois abdominales; comme les femmes qui ont eu plusieurs enfants, et qui ont conservé un écartement de la ligne blanche. Nous avons vu de ces sujets affectés de dyspepsie chronique chez qui l'on rétablissait les fonctions digestives par la seule précaution de soutenir les parois abdominales avec une ceinture. Nous connaissons même une femme dans cet état qui est immédiatement prise de douleurs cardio-entéralgiques, de nausées et de vomissements dès qu'on supprime la ventrière. L'action des parois abdominales est évidemment adjuvante des contractions normales du tube digestif; lorsqu'elle est supprimée, ces contractions sont imparfaites et ne peuvent plus déterminer la progression normale des contenus du tube digestif, qui est indispensable à l'accomplissement régulier de la digestion.

du tube digestif et de l'action des parois abdominales, considérées comme causes des dyspepsies cardialgiques.

*B.* Des causes procatarctiques des dyspepsies cardialgiques qui agissent sur des organes éloignés de l'appareil digestif.

2757. Les causes des dyspepsies cardialgiques qui agissent sur des organes plus ou moins éloignés du tube digestif, sont plus rarement déterminantes que celles qui ont une action immédiate sur cet appareil; ce n'est que par leur grande intensité qu'elles peuvent occasionner la production de ces maladies.

2758. Les causes éloignées par lesquelles la production des dyspepsies cardialgiques a été le plus souvent observée, sont celles qui agissent sur le cerveau comme organe des actes moraux et intellectuels (2738). Ainsi une terreur subite

Des causes morales occasionnelles des dyspepsies acescentes.

[1] *Praxis med. system. expos.*, p. 279.

peut déterminer cette maladie; tel fut le cas d'une femme chez laquelle Schmidtmann rapporte qu'elle survint par la frayeur occasionnée par la chute du tonnerre sur une maison voisine de celle qu'elle habitait[1]. Les violents emportements de colère[2], les chagrins subits, comme ceux qui sont déterminés par un revers de fortune inattendu, par la perte d'un être chéri (2482), peuvent produire la dyspepsie cardialgique[3]. L'effet de ces causes sur les fonctions gastro-intestinales est si évidente, qu'il est même passé dans les croyances vulgaires que l'estomac ressent immédiatement leur principale influence. Il est rare que ces causes ne produisent qu'une cardialgie aiguë. Le plus ordinairement, soit parce que la cause est rarement passagère, soit par la violence de l'ébranlement qu'elle détermine dans l'organisme, c'est la cardialgie chronique ou même la dyspepsie hypochondriaque qui en est le résultat.

Influence des impressions sensitives comme causes des dyspepsies acescentes.

2759. Les odeurs pénétrantes peuvent occasionner le dérangement des fonctions digestives et la production des symptômes des dyspepsies cardialgiques. Toutefois cet état morbide n'est le plus souvent qu'une indisposition passagère, à moins que d'autres causes ne s'ajoutent à l'impression perçue par le système nerveux par l'intermédiaire des organes de l'olfaction. Tel fut le cas d'une servante citée par Pézold, qui, se trouvant incommodée par de mauvaises odeurs, mangea une grande quantité de raves et de légumes, et tomba dans une cardialgie aiguë opiniâtre qui dura quatre semaines[4]. L'impression que fait la vue d'objets dégoûtants ne produit aussi qu'un effet temporaire et fugace. Il en est de même de la souffrance de l'esto-

[1] *Summa. obs.*, t. III, p. 199.

[2] Fernel; *Op.*, lib. IV *de feb.*, cap. X.

[3] Horstius (*Op.*, liv. IV, p. 194), Pechlin (*Obs.* XXXI, p. 11) et F. Hoffmann (*Dissert. de ver. morbi hypochon. sede, indole et curatione*, § VII), ont insisté sur la puissance de cette cause des dyspepsies chroniques et hypochondriaques.

[4] *Obs. med. chirurg. select.*, obs. XXXVI.

mac par suite d'une douleur vive perçue sur un organe éloigné ; elle ne persiste pas, quelque prononcée qu'elle puisse être, après la cause qui la détermine. Van Helmont se promenant, se tordit le pied et tomba ; il fut immédiatement pris de nausées, de vomissements et d'anorexie ; dès qu'il eut placé son pied en repos, ces accidents cessèrent et l'appétit revint [1].

De l'influence de l'imagination comme cause des dyspepsies cardialgiques.

2760. L'imagination par les pensées qu'elle suggère à des personnes qui sont d'ailleurs prédisposées à des affections du tube digestif, paraît à M. Barras exercer une influence suffisante pour produire la dyspepsie en fixant continuellement l'attention du malade sur les impressions pénibles qu'il peut éprouver vers les organes digestifs [2]. Sans oser nier cette grande influence de l'imagination sur des sujets irritables, nous pensons que, dans la plupart des cas, la direction vicieuse de l'imagination du malade n'est portée vers le tube digestif que parce qu'il est réellement affecté de dyspepsie. Il résulte sans doute de cette fâcheuse direction des facultés affectives, une exaspération réelle des souffrances, et la manifestation d'accidents nerveux et d'un état presque vésanique sur des hypochondriaques; mais c'est là, du moins dans la plupart des cas, plutôt une cause d'aggravation que de production initiale de la maladie.

Influence du froid comme cause des dyspepsies acescentes.

2761. L'impression du froid, et principalement du froid humide, soit sur les pieds [3], soit sur le ventre, aux lombes, ou ou même sur tout le corps, surtout lorsqu'on garde le repos [4] (2743), doit aussi être placée parmi les causes déterminantes des cardialgies. Nous pourrions rapporter le fait d'une jeune femme qui eut une cardialgie aiguë bilieuse des plus vives qui passa à l'état chonique, et ne se termina

[1] *Ortus med. in capit.* pylorus rector, p. 184, nº 20. Edent. Elzivirio, Amsterdam, 1625. In-4°.

[2] *Traité sur les gastralgies*, t. I, p. 288.

[3] R. Thomas de Salysbury, *Med. pract.*, trad. de Cloquet, t. II, p. 58.

[4] Cullen, *First lines*, etc., t. III, cap. II, § MCXLIII.

qu'au bout de trois mois, par suite d'un froid excessif dont elle souffrit toute une nuit pendant qu'elle voyageait en diligence.

Du caractère idiopathique ou symptomatique des dyspepsies acescentes suivant l'origine des causes qui les produisent.

2762. Toutes les causes procatarctiques que nous venons de faire connaître, et toutes celles que nous avons omises qui peuvent se rapporter à la même origine et exercer les mêmes effets, déterminent les dyspepsies cardialgiques idiopathiques, ou font naître ces maladies comme complications d'autres états morbides. Celles qui nous restent à faire connaître ne les font naître que comme accident secondaire de maladies primitives d'où elles dérivent; c'est à dire qu'elles les produisent comme des affections symptômatiques liées, au moins dans leur origine, à des états morbides différents.

Des hémorrhagies menstruelles et hémorrhoïdales comme causes des dyspepsies acescentes.

2763. F. Hoffmann a fréquemment observé des dyspepsies cardialgiques déterminées par l'interruption du flux hémorrhoïdal ou menstruel. Il a remarqué que ces cardialgies étaient ordinairement soumises, soit pour leur production, soit pour leurs exacerbations, à la marche périodique[1] (2614). Schmidtmann admet que la maladie se produit également par l'irrégularité, par l'insuffisance ou par la manifestation comme incertaine de ces hémorrhagies. On ne peut nier que ces états anomaux de pertes de sang habituelles n'aient en effet souvent pour résultat d'occasionner la maladie des organes digestifs; toutefois, il faut encore éviter, dans bien des cas, de prendre l'effet pour la cause. La détérioration des fonctions organiques par l'intensité et par la persistance des dyspepsies cardialgiques, l'influence de causes proégumènes souvent très prolongées de ces maladies, font souvent coïncider la dyspepsie cardialgique avec les dérangements des hémorrhagies habituelles. Le molimen hémorrhagique et la pléthore locale des viscères abdominaux qui se joignent aux hémorrhagies utérines ou hémorrhoïdales, sont également une cause d'affection

[1] *Med. rat. syst.*, t. I, part. I, cap. VI, § XXXIX.

cardialgique, qui disparaît par le retour de l'hémorrhagie ou par les déplétions sanguines provoquées par l'art. F. Hoffmann a rapporté une observation sur une cardialgie produite par une suppression d'hémorrhoïdes déterminée par le froid, qui fut guérie par deux saignées [1]. Schmidtmann a recueilli une observation intéressante sur une dyspepsie cardialgique symptômatique d'une rétention des menstrues : elle avait pour sujet une jeune fille cachectique, qui était dans un état d'extrême faiblesse et qui avait de l'anorexie et des douleurs cardialgiques que l'ingestion des aliments augmentait à un haut degré. L'hymen était imperforé, et l'écoulement menstruel ne se faisait pas; on pratiqua l'incision de l'hymen, les règles coulèrent, tous ces accidents disparurent [2].

**De l'influence de l'état de l'utérus comme cause des dyspepsies acescentes.**

2764. L'influence de l'état de l'utérus sur la production des cardialgies se montre comme cause déterminante dans la grossesse, qui se complique si souvent de ces maladies dans les premiers mois de la gestation (2445 *et sqq.*).

2765. Les affections chroniques de l'utérus, les simples catarrhes chroniques du col utérin et du vagin qui déterminent le flux leucorrhéique, sont très souvent compliqués de dyspepsie acescente chronique, dont la dépendance de la maladie utéro-vaginale se décèle par la diminution ou l'exacerbation des symptômes dyspepsiques provoquées par la diminution ou l'exacerbation des accidents utéro-vaginaux.

**Rapport étiologique des affections cutanées avec les dyspepsies cardialgiques.**

2766. Les dyspepsies cardialgiques se montrent quelquefois avec des eczémas aigus ou chroniques, qui reviennent par intervalles; nous n'avons pas remarqué que l'éruption eût d'influence sur la production et l'exaspération des accidents des organes digestifs. Nous pouvons citer deux cas dans lesquels la guérison de la maladie des organes digestifs interrompit la production des éruptions cutanées,

[1] *Med. rat. syst.*, t. II, p. II, sect. II, cap. II, obs. IV.
[2] *Summa obs.*, t. III, p. 226.

que nous fûmes ainsi amené à considérer comme l'effet de l'influence de la maladie de l'estomac sur l'organisme, et non comme cause de cette maladie. Ajoutons cependant que chez tous ceux que nous avons vus affectés de ces maladies cutanées, un régime débilitant, approprié au prétendu caractère inflammatoire de la maladie des organes digestifs, avait été suivi pendant longtemps, en sorte que l'affection cutanée peut n'avoir été que l'effet de cet état cachectique que cette mauvaise médication finit par produire, et qui complique si souvent des dyspepsies chroniques. Nous devons cependant dire que Schmidtmann a observé l'eczéma de la face alternant avec la dyspepsie cardialgique, de telle manière que quand la face était affectée, les organes digestifs fonctionnaient d'une manière normale, et que lorsque le tube digestif était affecté l'éruption du visage n'existait pas [1].

De la goutte comme cause des dyspepsies cardialgiques.

2767. Schmidtmann a rapporté un fait, d'où il conclut que le principe arthritique peut déterminer la cardialgie. C'est celui d'une femme qui avait depuis plusieurs années une dyspepsie acescente, dont la cause était inconnue; il avait inutilement opposé à cette maladie les remèdes les plus rationnels ; les articulations s'affectèrent et la maladie de l'estomac disparut. Il ajoute qu'il a vu plusieurs fois la manifestation de la cardialgie succéder à la cessation des accidents arthritiques.

C'est un fait incontestable que les attaques de goutte sont souvent précédées immédiatement par des accidents cardialgiques, *et vice versâ*. Les goutteux même connaissent cette circonstance, et la traduisent par ces mots : « la goutte à l'estomac. » Ces observations de Schmidtmann sont conformes à celles de G. Musgrave, qui n'a pas manqué d'insister sur cette considération importante, que si l'on observe souvent les maladies arthritiques alternant avec les affections cardialgiques et entéralgiques, et pendant le

[1] *Summa obs.*, t. III, p. 225.

cours des dyspepsies hypochondriaques, c'est que les causes qui provoquent ces maladies et les désordres qu'elles produisent dans l'organisme sont aussi propres à déterminer les maladies arthritiques [1].

2768. Nous plaçons parmi les causes pathologiques occasionnelles des dyspepsies acescentes les obstacles à la circulation dans les maladies du cœur, qui ont pour effet de déterminer la congestion excessive des vaisseaux abdominaux. Cette dyspepsie se montre à la période la plus avancée de presque toutes ces maladies du cœur; elle contribue à hâter leur terminaison funeste. C'est de cette manière, comme l'avait déjà remarqué P. Zacchias, que les maladies du cœur produisent les dyspepsies hypochondriaques, si fréquentes chez ceux qui en sont affectés [2].

Des maladies du cœur considérées comme causes des dyspepsies acescentes.

2769. Les maladies des reins, et spécialement la diacrise calculeuse de ces glandes, surtout lorsqu'elle est suivie des accidents provoqués par la présence de calculs dans l'uretère, produit si fréquemment l'affection cardialgique aiguë, qu'elle peut en être considérée comme un symptôme constant. Les affections chroniques des reins sont les maladies qui occasionnent le plus souvent la dyspepsie chronique sous la forme de dyspepsie hypochondriaque.

Des maladies des reins considérées comme causes des dyspepsies acescentes.

2770. La dyspepsie cardialgique survient souvent comme symptôme des suppurations chroniques, et surtout de celles qui sont déterminées par la dégénération tuberculeuse des organes. C'est ainsi que cette affection de l'estomac survient si souvent dans la première période et quelquefois pendant toute la durée des phthisies tuberculeuses, des tumeurs blanches articulaires, des caries vertébrales, etc., comme pendant les suppurations excessives provoquées par des affections fistuleuses chroniques de différents organes internes ou externes.

Des affections tuberculeuses et des suppurations chroniques comme causes des dyspepsies acescentes.

[1] Guilhelmi Musgrave; *De Arthritide anomala*, cap. II, et *De Arthritide symptomatica*, cap. V et X.

[2] P. Zacchias; *De morb. hypoch.*, cap. IV, p. 531.

Des altérations organiques du foie, de l'estomac et des intestins considérées comme causes des dyspepsies acescentes.

2771. Nous n'avons pas dû traiter spécialement dans ce chapitre des dyspepsies cardialgiques déterminées par les affections cancéreuses du foie et du tissu de l'estomac, par la présence des vers intestinaux et des calculs intestinaux, parce qu'il en sera question quand nous parlerons de ces maladies. Toutefois, nous devons les signaler parmi les causes des souffrances cardialgiques, ne fût-ce que pour mettre les jeunes médecins en garde contre la possibilité de leur présence quand ils ont à établir le diagnostic des cas particuliers.

**Art. V. Du diagnostic des dyspepsies acescentes ou cardialgiques.**

Caractères diagnostiques de la douleur d'estomac dans les dyspepsies acescentes.

2772. La douleur d'estomac est le symptôme principal des dyspepsies acescentes : c'est un sentiment de pression, ou de déchirement, ou d'érosion profonde, ou de brûlure, ou comme de refroidissement, éprouvé à l'épigastre, ou bien une exagération, une perversion des impressions sensitives dont l'estomac est le siége habituel; l'intensité de la douleur varie depuis le simple sentiment de gêne et de pesanteur à l'estomac jusqu'aux douleurs constrictives les plus aiguës.

La douleur épigastrique dans les dyspepsies se produit ou s'exaspère dans toutes les circonstances où la sensibilité et l'activité fonctionnelle de l'appareil gastro-intestinal sont mises en jeu : 1° elle survient comme effet de l'exagération ou de la perversion des appétits organiques lorsqu'elle se montre sous la forme de la faim irrégulière ou exagérée, ou des appétits dépravés, comme dans le pica, le pyrosis ou le malacia; 2° elle est le résultat des modifications apportées à l'irritabilité de l'estomac par les ébranlements du système nerveux, comme lorsqu'elle survient sous la forme de crampes et de douleurs à l'estomac, ou de douleurs térébrantes ou tormineuses dans le tube digestif, par des commotions morales, ou par suite d'états pathologiques qui affectent d'autres organes; 3° elle se pro-

duit par l'impression topique ou par l'activité fonctionnelle que déterminent sur les organes de la digestion les liquides sécrétés et déposés dans leur cavité, ou des aliments et des boissons qui n'ont point par eux-mêmes de qualités nuisibles, qui même n'exercent sur les organes digestifs qu'une action topique très faible, comparativement à des ingesta de qualités tout opposées qui sont supportés sans douleur.

Circonstances qui donnent le caractère d'un signe pathognomonique à la douleur gastro-intestinale des dyspepsies acescentes.

2773. La douleur gastro-intestinale ne manque jamais complètement dans les dyspepsies ascescentes; elle devient symptôme pathognomonique de ces maladies par son association avec les phénomènes produits directement par l'imperfection des fonctions digestives. Ces phénomènes se rapportent tous à des diacrises occupant diverses parties du tube gastro-intestinal : vers le tube digestif supérieur, c'est l'altération de la sécrétion salivaire, par suite de laquelle la salive est plus abondante, plus ou moins visqueuse et détermine dans la bouche une saveur âcre et comme poivrée, ou une saveur acide ou amarescente (2635); au pharynx et à l'œsophage, c'est une sorte de dysphagie ou d'impossibilité d'exécuter la déglutition (2520), parce que le bol alimentaire, n'ayant point subi les modifications convenables pour son mélange avec les liquides de nature normale versés dans la bouche par les sécréteurs, n'agit sur l'isthme du gosier que comme un corps étranger qui ne met point en jeu d'une manière régulière les mouvements de la déglutition; vers l'estomac, les phénomènes immédiats de sécrétion altérée qui coïncident avec la douleur gastrique sont les éructations acides, âcres ou amères, les régurgitations ou les vomissements de liquides muqueux ans sapidité ou acides, ou rendus amers par leur mélange avec la bile (2636); du côté du tube intestinal inférieur, les symptômes diacritiques sont les borborygmes, la constipation ou les selles liquides et mal élaborées revenant irrégulièrement (2648).

Des phénomènes généraux

2774. Les phénomènes généraux qui s'associent aux dou-

des dyspepsies acescentes comme signes de ces maladies.

leurs cardialgiques, et par lesquels on reconnaît l'influence exercée sur l'organisme par une digestion pénible et imparfaite, servent aussi à établir la diagnostic des dyspepsies. Ainsi, la somnolence, la pesanteur de tête, le sentiment général d'accablement et de fatigue, ou même des défaillances imminentes, le froid des extrémités, les frissons irréguliers, la pâleur de la face et des lèvres, tous ces phénomènes, survenant après les repas et pendant tout le temps que l'estomac accomplit la coction douloureuse des aliments, ne permettent pas de douter que la digestion ne soit devenue une fonction pénible pour l'organisme. Ces phénomènes généraux, évidemment secondaires à la maladie du tube digestif, préoccupent souvent plus les malades, et appellent plus vivement l'attention des médecins que les symptômes gastriques proprement dits qui n'ont qu'une intensité modérée. L'état général secondaire à la souffrance de l'estomac est surtout prononcé dans les dyspepsies hypochondriaques, où il fournit les signes principaux de la maladie.

Signes des dyspepsies acescentes des enfants.

2775. Dans les dyspepsies des enfants qui ne peuvent rendre compte de leurs impressions, le diagnostic s'établit sur la présence des phénomènes extérieurs directement produits par les troubles de la digestion ou sur les phénomènes généraux qui s'y rattachent nécessairement d'une manière indirecte. Ainsi, l'ingestion des aliments est-elle suivie d'éructations, de régurgitations, de vomissements, sans qu'on trouve en même temps les symptômes pyrétiques et la tension et la rénitence de l'abdomen qui indiquent la présence d'une affection des membranes du tube digestif, l'existence de la dyspepsie est certaine. L'intensité de la dyspepsie s'apprécie par les symptômes généraux de la souffrance des organes digestifs, tels que la pâleur et l'aspect comme de bouffissure et la teinte comme plombée de la face, la pâleur des lèvres, de la langue, de la muqueuse buccale; l'odeur acide et la couleur verdâtre des déjections, la somnolence, le refroidissement des extrémités, des mouvements de tor-

sion du tronc, une agitation voisine des accidents convulsifs.

2776. Les signes des dyspepsies acescentes varient dans certaines limites suivant qu'il s'agit des dyspepsies cardialgiques aiguës ou chroniques, des dyspepsies bilieuses, des dyspepsies cardio-entéralgiques ou des dyspepsies hypochondriaques.

Diagnostic spécial des dyspepsies cardialgiques aiguës.

2777. Le diagnostic des dyspepsies cardialgiques aiguës s'établit sur la présence des douleurs d'estomac, ordinairement vives et térébrantes, ou dilacérantes, qui surviennent immédiatement après les repas, et par le rapport de ces douleurs avec les symptômes de surcharge de l'estomac et l'accomplissement difficile de ses fonctions. Ces symptômes sont les nausées, les vomissements des aliments ingérés, un sentiment de pression ou de distension à l'épigastre, l'oppression, le malaise excessif, la pâleur de la face, la salivation, les éructations, etc.

Diagnostic spécial des cardio-entéralgies.

2778. Si, avec tous les accidents que nous venons d'indiquer, le malade a des douleurs autour de l'ombilic, soit térébrantes, soit tormineuses, des évacuations diarrhéiques ou des efforts de défécation douloureux; l'association aux symptômes immédiatement fournis par le trouble fonctionnel de l'estomac, de ces accidents qui se rapportent évidemment à la perturbation des fonctions des intestins, imprime à la maladie le caractère de la cardio-entéralgie.

Diagnostic spécial des cardialgies et des cardio-entéralgies bilieuses.

2779. Tant que les produits de la sécrétion anomale du tube digestif ne sont composés que de liquides muqueux plus ou moins acides, d'une viscosité variable, et que l'excrétion anomale de ces produits se montre par les régurgitations et les vomissements, l'altération diacritique ne porte que sur les organes sécréteurs gastro-intestinaux proprement dits. Mais si les excrétions morbides donnent issue à un liquide comme huileux, jaune verdâtre, amer, la diacrise hépatique joint ses accidents à ceux de la diacrise gastro-intestinale; la maladie a alors cette forme spéciale que nous avons désignée sous le nom de cardialgie ou de car-

dio-entéralgie bilieuse. Dans cette forme de la dyspepsie, les douleurs épigastriques sont d'ordinaire plus vives que dans la dyspepsie cardialgique simple; elles se circonscrivent le plus souvent sous la forme d'une douleur vive et mordicante, vers le pylore et sous l'hypochondre droit; elles deviennent quelquefois si vives qu'elles provoquent la lipothymie; elles déterminent toujours un brisement des forces beaucoup plus grand que dans les dyspepsies cardialgiques ordinaires; toujours aussi dans ces cas les accidents généraux que provoque l'état de souffrance du tube digestif, tels que le malaise, les douleurs des membres, la somnolence, les accidents spasmodiques, sont plus intenses [1].

Diagnostic spécial des cardialgies et des cardio-entéralgies chroniques.

2780. Le diagnostic spécial des cardialgies et des cardio-entéralgies chroniques se trouve dans la prolongation des accidents habituels des dyspepsies acescentes aiguës. Dans la plupart des cas, les symptômes cardialgiques proprement dits, sont d'une intensité plus modérée que dans la maladie aiguë; les symptômes généraux, et particulièrement ceux qui proviennent de l'influence du trouble habituel des fonctions de l'estomac sur le système nerveux et sur la nutrition, sont au contraire plus prononcés. La marche habituelle de la maladie est presque toujours rémittente en ce sens que les symptômes cardialgiques se reproduisent, ou au moins s'aggravent par intervalles. Ces paroxysmes de recrudescences des accidents atteignent quelquefois toute la violence des attaques de cardialgie aiguë. Les épiphénomènes nerveux des exacerbations des accidents des dyspepsies chroniques, ont en général plus d'intensité que dans les cardialgies aiguës, parce que la susceptibilité du système nerveux est toujours plus vive chez les personnes affectées depuis un certain

[1] Lommius a rapproché comparativement les symptômes de ces deux formes de cardialgies aiguës avec une grande exactitude. *Observat. medicin.*, lib. II, p. 144, Amstelodami, 4e édit. in-12, 1738.

temps de cardialgie chronique, que chez celles que l'invasion d'une dyspepsie aiguë surprend pendant l'état de santé. Les paroxysmes d'exacerbations des dyspepsies cardialgiques chroniques ont tantôt les caractères de la cardialgie ou de la cardio-entéralgie bilieuse, tantôt ceux de la cardialgie aiguë simple. Si l'on rencontre souvent des personnes affectées depuis des années de dyspepsie acescente, sans accident de diacrise bilieuse, il est plus rare d'en observer chez lesquelles toutes les exacerbations aient le caractère des cardialgies ou des cardio-entéralgies bilieuses. L'on voit assez souvent des cardialgies acescentes chroniques prendre accidentellement dans quelques uns de leurs paroxysmes le caractère spécial des cardialgies ou des cardio-entéralgies bilieuses. Il arrive quelquefois que la dyspepsie acescente qui dure depuis un temps très long, prend tout d'un coup la forme aiguë et se termine en peu de temps après la manifestation des symptômes de cardialgie ou de cardio-entéralgie bilieuse aiguë.

2781. Le diagnostic spécial des dyspepsies acescentes hypochondriaques, s'établit, en ce qui concerne l'état morbide gastro-intestinal, par les mêmes symptômes que pour les cardialgies et les cardio-entéralgies aiguës ou chroniques. Pour l'état général qui caractérise la forme particulière de la maladie, le diagnostic repose sur cet ensemble d'accidents généraux si variés dans leur forme, dont les malades se montrent plus préoccupés que de l'état d'imperfection des fonctions digestives (2477 *et sqq.*). Ces accidents généraux, considérés en eux-mêmes, peuvent se rapporter au trouble des fonctions organiques ou à la perturbation des fonctions de la vie de relation et des facultés intellectuelles; les premiers consistent en un sentiment général de faiblesse, un certain degré d'amaigrissement, des palpitations, un état habituel de dyspnée ou d'anxiété respiratoire, des douleurs contusives dans les membres, tantôt continues, tantôt vagues et erratiques, une céphal-

Diagnostic spécial des dyspepsies hypochondriaques.

algie continue ou revenant par accès, la perte du sommeil ou le sommeil agité et non réparateur, etc. Pour les fonctions de la vie de relation, les symptômes diagnostiques sont l'impossibilité de se livrer à l'exercice même le plus modéré sans une grande fatigue, des spasmes qui surviennent par les plus légères causes, un état d'affaiblissement des organes des sens, et surtout de la vue ou de l'ouïe, etc. Les signes de la forme hypochondriaque des dyspepsies qui proviennent du trouble des facultés intellectuelles, consistent dans l'impossibilité de se livrer aux travaux intellectuels et dans des préoccupations morales revenant pour les moindres causes, un état continuel d'indécision, des inquiétudes, des préoccupations, des terreurs vaines, etc. L'objet de ces passions pénibles est principalement le dérangement ordinaire de la santé, et la prévision d'une terminaison fâcheuse de la maladie.

Du diagnostic spécial des dyspepsies hypochondriaques dans lesquelles les symptômes généraux prédominent.

2782. La forme des dyspepsies hypochondriaques, dont le diagnostic est le plus difficile, est celle où les symptômes dyspepsiques proprement dits, semblent effacés par l'intensité exagérée des symptômes généraux. C'est à cette forme la plus grave des dyspepsies hypochondriaques, que se rapporte ce passage de T. Willis. « J'ai connu » plusieurs malades affectés de la manière la plus cruelle, » dont l'estomac était peu affecté; la plupart ne se plai- » gnaient que de battements à l'hypochondre gauche, d'un » sentiment de constriction à la poitrine, de douleurs va- » gues dans le thorax, de tremblements et d'oppression au » cœur, d'un état continuel d'inquiétude, de trouble de » l'imagination. Avec tous ces accidents, l'appétence pour » les aliments persistait et l'ingestion des aliments quelcon- » ques ne produisait pas de douleurs, ni de sentiment de ré- » plétion à l'estomac; ils digéraient sans sputation et sans » éructations acides[1]. »

[1] T. Willis, *De morb. convuls.*, cap. XI, p. 548.

Dans ces cas d'hypochondrie, le diagnostic s'établit par l'appréciation des circonstances dans lesquelles la maladie s'est produite et dont l'effet a toujours porté d'abord sur les fonctions digestives; telles que des maladies aiguës ou chroniques gastro-intestinales, des habitudes de mauvaises digestions provoquées par un régime alimentaire mal réglé, etc. Ce diagnostic se confirme par le commémoratif de la maladie, qui fait reconnaître que les accidents hypochondriaques ne se sont établis que peu à peu, pendant la durée d'une dyspepsie cardialgique chronique, caractérisée par ses symptômes habituels, et avec les progrès de l'état général de débilité de toutes les fonctions organiques consécutif au désordre ou à l'imperfection des digestions. Enfin le diagnostic se complète par quelques symptômes dyspepsiques qui persistent toujours à un certain degré ou qui se renouvellent par intervalles, au milieu des accidents nerveux; tels sont les battements épigastriques, la douleur fixe plus ou moins obtuse à l'épigastre et sous les hypochondres, la constipation ou la manifestation de selles molles ou même liquides de matières non digérése, les irrégularités de l'appétit, la boulimie, le pica, la polydipsie, etc. Par le rapprochement de toutes ces circonstances de la maladie, l'on arrive à reconnaître que le malade, d'abord affecté d'accidents dyspepsiques ordinaires, a subi par suite de l'altération habituelle des digestions, une détérioration des fonctions organiques et de la vie de relation; et que pendant les progrès de cet état général, les symptômes dyspepsiques ont paru s'atténuer, tandis que les accidents nerveux ont acquis de jour en jour une prééminence par laquelle ils semblent enfin constituer seuls tous les accidents morbides.

2783. Les dyspepsies cardialgiques aiguës et chroniques, et surtout les dyspepsies cardialgiques bilieuses, sont faciles à confondre avec les dyspepsies nidoreuses aiguës et chroniques. Comme toutes ces maladies consistent

Diagnostic comparatif des dyspepsies acescentes.

dans un état réel de diacrise du tube digestif et de ses annexes, pour les unes les diacrises mucipares gastro-intestinales, et pour les dyspepsies cardialgiques, la diacrise des sucs gastriques par lesquels s'accomplit immédiatement la digestion ; pour les unes et les autres la diacrise des fluides bilieux et vraisemblablement pancréatique ; il est facile de concevoir que toutes ces maladies aient des symptômes communs déterminés par le trouble des fonctions digestives. Ces symptômes communs sont l'anorexie, la perception de saveurs anomales à la bouche, les douleurs et l'anxiété épigastriques, les éructations, les nausées, les vomissements, les borborygmes, les excrétions de flatuosités, la céphalalgie, les vertiges, le sentiment général de faiblesse et de courbature, l'agrypnie, l'agitation dans le sommeil, la teinte jaune des ailes du nez et même un certain degré d'ictère. Le diagnostic s'établit sur les formes spéciales et sur les rapports réciproques de ces symptômes qui diffèrent dans les diverses dyspepsies.

De l'anorexie dans les dyspepsies acescentes et dans les dyspepsies nidoreuses.

2784. L'anorexie n'est presque jamais portée au même degré dans les dyspepsies cardialgiques que dans les affections saburrhales (2076), où elle arrive jusqu'à déterminer une répugnance absolue pour les aliments. Les appétits dépravés, la faim ou la soif exagérées des dyspepsies acescentes ne se manifestent pas dans les dyspepsies nidoreuses. L'appétence pour les aliments et les boissons végétales et acides, si fréquente dans ces dernières maladies, ne se remarque pas dans les dyspepsies cardialgiques; le plus souvent, au contraire, ceux qui sont affectés de ces maladies, ont pour ces substances alimentaires une répugnance qui s'explique d'ailleurs par l'exacerbation des accidents cardialgiques que leur ingestion provoque.

Des saveurs anomales dans les dyspepsies acescentes et nidoreuses.

2785. Les saveurs anomales que les malades perçoivent à la bouche dans les dyspepsies cardialgiques, sont habituellement acides, ou fades (2077) et comme muqueu-

ses, tandis que dans les dyspepsies nidoreuses elles sont d'ordinaire amarescentes. La perception de la saveur anomale dans ces dernières maladies est jointe à une sécheresse de la bouche où la salive n'est versée qu'en petite quantité, et qui se trouve invisquée surtout à la langue, d'un mucus épais qui colle au palais. Dans les dyspepsies acescentes, la salive est versée en plus grande quantité jusqu'au point de provoquer la sputation, et le goût anomal perçu à la bouche paraît dû à cette salive sécrétée en excès, tandis que la saveur amère des embarras gastriques semble due à l'absence de salive et à l'excès de la sécrétion de la muqueuse buccale, principalement sur la langue. C'est surtout à jeûn que les malades affectés d'embarras gastriques, éprouvent le goût amer à la bouche, qui souvent s'efface après l'ingestion des aliments; c'est au contraire après les repas, pendant la digestion et lorsqu'ils éprouvent les douleurs gastriques qu'elle provoque, que les malades affectés de dyspepsie acescente ont la bouche remplie de salive acide ou d'un goût comme gommeux.

De l'état de la langue dans les dyspepsies acescentes et dans les dyspepsies saburrhales.

2786. La couche saburrhale de la langue (2074) est un symptôme constant des embarras gastriques aigus ou chroniques, qui ne se voit pas dans les dyspepsies cardialgiques; s'il se rencontre dans ces dernières maladies, ce n'est qu'à un léger degré et passagèrement comme le lendemain des indigestions intenses, accidentellement provoquées par des aliments pris en trop grande quantité, ou qui ont des qualités nuisibles relativement à l'état de maladie du tube digestif. La langue chez ceux qui ont une dyspepsie acescente aiguë ou chronique, est habituellement large, pâle, humide, à peine grisâtre à sa base; ses papilles ne sont le plus souvent pas érigées et apparentes, comme elles le sont souvent au milieu de la couche saburrhale dans les cas de dyspepsie nidoreuse intense.

Des douleurs épigastriques dans les dyspe-

2787. Les douleurs épigastriques dans les dyspepsies cardialgiques aiguës, ont une intensité qu'elles n'ont que rare-

psies nidoreuses et acescentes.

ment dans les embarras gastriques, même les plus intenses. La douleur gastrique des dyspepsies acescentes chroniques et hypochondriaques peut être obtuse et gravative, comme dans les états saburrhaux chroniques; mais elle prend par intervalles une intensité et un caractère comme dilacérant, souvent provoqué par l'ingestion d'aliments ou de boissons végétales et acides. La douleur gastrique des embarras gastriques n'atteint pas un aussi haut degré, ne change point de caractère, et souvent même disparaît après l'ingestion des aliments et des boissons de cette nature.

Des excrétions alvines dans les dyspepsies acescentes et dans les embarras gastro-intestinaux.

2788. La constipation est un symptôme habituel des dyspepsies acescentes; elle persiste le plus souvent pendant toute la durée de la maladie; elle survit même à tous les autres symptômes dyspepsiques, surtout après les cardialgies chroniques; si elle est interrompue, ce n'est guère qu'après des indigestions passagères d'une intensité insolite. Les dyspepsies cardialgiques bilieuses et les cardio-entéralgies sont les seules formes de ces maladies où la constipation soit moins fréquente, et encore ce symptôme s'y montre-t-il dans beaucoup de cas, nonobstant les évacuations bilieuses. Dans les dyspepsies saburrhales, la constipation opiniâtre est au contraire un symptôme rare; lorsqu'elle existe, elle est rarement durable; le plus souvent les malades ont des évacuations stercorales, habituellement diarrhéiques, presque toujours mêlées d'une certaine quantité de mucus et de bile (2083). Les dyspepsies nidoreuses chroniques avec constipation, se distinguent des dyspepsies acescentes chroniques par la couche fuligineuse de la langue, et par les éructations nidoreuses qui en sont les symptômes les plus prononcés.

Des matières flatulentes dans les dyspepsies acescentes et dans les embarras gastro-intestinaux.

2789. Les excrétions flatulentes par l'anus et les éructations qui surviennent dans les dyspepsies cardialgiques sont le plus souvent inodores; elles ont quelquefois une odeur acide, comme cela se remarque surtout dans les dyspepsies cardialgiques des enfants (2775). Chez ceux qui

sont affectés d'embarras gastrique ou gastro-intestinal, les flatuosités rendues par l'anus ont une odeur stercorale très prononcée, qui s'exhale quelquefois aussi des gaz excrétés par les éructations et par l'haleine, surtout lorsque les malades sont constipés.

2790. La teinte ictérique de la peau, au moins aux ailes du nez et autour des yeux, persiste ordinairement pendant toute la durée des embarras gastriques et gastro-intestinaux (1713); elle est en général rare dans les dyspepsies acescentes, et encore n'est-elle le plus souvent qu'un symptôme passager de la perturbation de la sécrétion et de l'excrétion de la bile dans les cardialgies bilieuses.

De la teinte ictérique comme signe diagnostique des différentes dyspepsies.

2791. Les urines sont abondantes et aqueuses dans la plupart des dyspepsies acescentes (2562) : dans les dyspepsies nidoreuses, elles sont épaisses, rares et chargées d'un dépôt grisâtre ou briqueté. Cette altération des urines ne se rencontre que passagèrement dans les dyspepsies cardialgiques après des exacerbations d'une intensité insolite, surtout lorsque ces exacerbations ont consisté dans des accidents bilieux.

Des urines dans les différentes dyspepsies.

2792. Les malades affectés de dyspepsies saburrhales ont le plus souvent de l'agitation, de l'agrypnie ou un sommeil imparfait (2082). Les mêmes symptômes se remarquent dans les dyspepsies acescentes aiguës et chroniques, mais avec un refroidissement habituel des extrémités et surtout des extrémités abdominales. Ceux qui souffrent de dyspepsies nidoreuses éprouvent au contraire de la sécheresse à la peau, et un sentiment d'ardeur à la paume des mains et à la plante des pieds.

Du sommeil et de l'état de la chaleur générale dans les dyspepsies acescentes et nidoreuses.

2793. Les maladies saburrhales déterminent presque toujours un état fébrile au moins temporaire et fugace, surtout le soir et la nuit. Mais cet état fébrile ne se produit que dans les paroxysmes les plus intenses des dyspepsies acescentes.

De la fièvre dans les dyspepsies acescentes et nidoreuses.

2794. Les douleurs des membres dans les dyspepsies acescentes aiguës et chroniques, portent les malades à l'a-

Des douleurs des membres

comme signes diagnostiques des différentes dyspepsies.

gitation, quelquefois au point que, malgré la faiblesse générale qu'ils éprouvent, ils passent une partie de la nuit à marcher dans leur chambre. Les douleurs des membres dans les embarras gastriques et gastro-intestinaux sont ordinairement contusives (2080), et provoquent la répugnance au mouvement; elles retiennent le malade au lit dans un état d'engourdissement et de lassitude.

De la céphalalgie dans les dyspepsies cardialgiques et nidoreuses.

2795. La céphalalgie est un symptôme commun des affections saburrhales (2078) et des dyspepsies acescentes (2582); mais elle est beaucoup plus rare dans ces dernières maladies, où elle manque souvent tout à fait, ou n'arrive que pendant les digestions pénibles. La céphalalgie, dans la plupart des dyspepsies acescentes, est lancinante, très aiguë; elle n'occupe fréquemment qu'une partie de la tête, comme la moitié de la région frontale ou une des tempes; dans les embarras gastriques et gastro-intestinaux elle est gravative et continue, s'exaspérant par élancements; elle occupe ordinairement la région sus orbitaire ou occipitale, et souvent toute la tête.

Lorsque la céphalalgie est intense dans la dyspepsie nidoreuse, elle peut être accompagnée d'une exacerbation des symptômes gastriques saburrhaux proprement dits, tandis que dans les dyspepsies cardialgiques il n'est pas rare que les douleurs d'estomac soient comme suspendues par la présence et par l'intensité des douleurs céphalalgiques, et se reproduisent ensuite avec plus d'intensité à leur déclin.

De la réunion accidentelle des symptômes des dyspepsies nidoreuses à ceux des dyspepsies acescentes.

2796. La difficulté de distinguer les dyspepsies acescentes des affections saburrhales se produit surtout après les paroxysmes de douleurs cardialgiques et de vomissements de matières chymeuses, ou d'évacuations alvines diarrhéiques, car il arrive souvent que des symptômes réels d'embarras gastrique ou gastro-intestinal surgissent alors pendant le cours de la dyspepsie acescente. La difficulté du diagnostic n'est que passagère : la connaissance

des accidents qui ont précédé, l'appréciation des effets du désordre temporaire des fonctions gastro-intestinales, et les symptômes de dyspepsie acescente qui reparaissent avec leur forme spéciale après le paroxysme, ou même dès qu'il diminue, indiquent qu'il ne s'est produit qu'une complication temporaire de la dyspepsie cardialgique ou cardio-entéralgique avec les accidents de l'embarras gastrique ou gastro-intestinal.

Nécessité d'établir le diagnostic comparatif des dyspepsies acescentes et des maladies qui affectent la texture des organes digestifs.

2797. Les symptômes de perturbation des fonctions digestives se produisent aussi dans les maladies qui affectent la texture des organes gastro-intestinaux. Nous parlerons de ces symptômes et de leurs rapports avec les lésions gastro-intestinales lorsqu'il sera question de ces maladies; mais nous laisserions les règles du diagnostic des dyspepsies cardialgiques trop incomplètes si nous ne comparions ici leurs phénomènes morbides à ceux des principales affections du tube digestif dont il n'a point encore été question; nous devons le faire surtout pour les symptômes des gastrites et des gastro-entérites aiguës et chroniques, que l'on confond si facilement avec les dyspepsies cardialgiques, et pour les symptômes des carcinômes gastriques et gastro-intestinaux qui ont tant de ressemblance avec ceux des dyspepsies acescentes, que plusieurs auteurs, et F. Hoffmann en particulier, n'y ont pas vu de différences réelles.

Comparaison des symptômes des gastro-entérites et des dyspepsies acescentes.

2798. Les douleurs des gastro-entérites sont continues et s'exaspèrent après l'ingestion des aliments et des boissons; elles ont le caractère d'une sensation d'ardeur, d'érosion ou au moins de distension gravative à l'épigastre et vers les flancs. Les douleurs des dyspepsies, même lorsqu'elles persistent dans les intervalles des repas, ont toujours des intermissions; la pression sur les parois abdominales ne les exaspère pas le plus souvent, et même elles les soulage pourvu qu'elle soit exercée graduellement; elle exaspère toujours les douleurs dues à l'inflammation gastro-intesti-

nale. Le ventre est toujours tendu et rénitent à un certain degré lorsque le tube digestif est enflammé ; il est, au contraire, très souvent mou, et quelquefois rétracté dans les dyspepsies cardialgiques ; s'il est tendu, ce n'est que pendant la digestion, et sa distension est tympanique et plutôt élastique que rénitente. Dans l'inflammation gastro-intestinale, les lèvres et la muqueuse buccale sont injectées et même parfois d'un rouge vif; la langue est le plus souvent rouge, sèche, étroite et lisse. Dans les dyspepsies cardialgiques, les lèvres et la muqueuse buccale sont pâles ou d'une couleur rouge grisâtre ou livide, la langue est large, humide, blanche ou d'un blanc jaunâtre sur toute son étendue ou à sa base; ce n'est que par exception, pendant quelques heures après l'ingestion des aliments, que les papilles sont quelquefois érigées et rouges à la pointe de la langue. La bouche reste humide dans toutes les périodes des dyspepsies acescentes, même pendant les exacerbations aiguës; elle est habituellement sèche dans les inflammations gastro-intestinales, qui ne provoquent pas cette sécrétion abondante de salive épaisse et visqueuse, acide ou comme poivrée, qui arrive dans les dyspepsies. La soif est vive et constante dans les gastro-entérites; elle n'existe que pour les cas exceptionnels de polydipsie dans les dyspepsies acescentes; les malades ont même le plus souvent de la répugnance pour les boissons. La dépravation de l'appétit, le pica, la boulimie, la malacie, si fréquents dans les dyspepsies, ne se remarquent jamais dans les gastro-entérites, mais l'anorexie est un symptôme commun aux unes et aux autres. L'ingestion des aliments et même des simples boissons provoque en très peu de temps des nausées et même des vomissements, s'il existe une inflammation de la muqueuse gastro-intestinale; cet accident n'arrive dans les dyspepsies cardialgiques que par exception, presque toujours que par suite de l'ingestion de certains aliments, plutôt liquides que solides. Ce ne sont pas les aliments

les plus stimulants, comme dans les gastrites, mais plutôt des aliments liquides, acides, ou sucrés et féculents qui provoquent les nausées et les vomissements chez les dyspepsiques (2746). Whytt a signalé ce moyen de diagnostic comparatif des maladies de l'estomac déduit des effets topiques sur les voies digestives des substances alimentaires ingérées. « Quand il y a inflammation, dit-il, tout ce qui est « irritant et âcre cause de la douleur à l'estomac et aux in« testins, tandis que dans les cas de névroses (Whytt re« gardait la cardio-entéralgie comme une affection ner« veuse) ce sont les substances douées de sapidité et « dont l'action semble trop faible pour qu'elles puissent « irriter, qui occasionnent un grand désordre. Les sub« stances d'un goût relevé, au lieu de faire du mal, sont « souvent nécessaires pour dissiper les accidents ou les « symptômes nerveux des premières voies. »

Différences des symptômes généraux des dyspepsies acescentes et des gastro-entérites.

2799. Les phénomènes généraux des gastro-entérites diffèrent encore plus que leurs symptômes immédiats, de ceux des dyspepsies acescentes ou cardialgiques. Il n'est pas de gastro-entérite aiguë ou chronique qui ne détermine un certain degré d'état fébrile, au moins pendant quelques heures chaque jour. La fièvre ne se manifeste pas pendant le cours des dyspepsies ascescentes aiguës ou chroniques (2599), même les plus graves; si elle arrive, ce n'est que pendant les vives exacerbations des douleurs, et encore n'est-elle alors que fugace et ordinairement si peu intense que les malades ne s'en aperçoivent pas. Un grand nombre de dyspepsies acescentes persistent pendant des mois et même des années avec des paroxysmes cardialgiques très aigus et très rapprochés, sans exercer une grande influence sur la nutrition, pourvu que les malades ne s'imposent pas une abstinence trop grande d'aliments. Il n'en est jamais ainsi dans la gastrite ou la gastro-entérite; lors même que les douleurs sont peu intenses et que les malades ne s'imposent point une alimentation insuffisante par la crainte de les exas-

pérer, l'amaigrissement et la faiblesse font de rapides progrès. Les symptômes généraux des dyspepsies cardialgiques aiguës ou chroniques portent principalement sur le système nerveux (2610 *et sqq.*); ceux des inflammations gastro-intestinales compromettent surtout les fonctions de l'appareil circulatoire et l'assimilation. Les accidents nerveux qui caractérisent les dyspepsies hypochondriaques, et qui existent presque toujours à un certain degré dans les dyspepsies chroniques, ne surviennent point dans les gastrites et les gastro-entérites chroniques; la fièvre hectique appartient à ces dernières maladies, et ne se manifeste jamais, même dans les dyspepsies acescentes chroniques et hypochondriaques les plus intenses.

Différences des dyspepsies acescentes et des gastro-entérites déduites des effets immédiats de ces maladies prolongées.

2800. La durée des dyspepsies cardialgiques même les plus légères, est si grande qu'il se produirait nécessairement des désordres dans le tissu du tube digestif par une inflammation aussi prolongée. Ces désordres rendraient plus graves de jour en jour les symptômes immédiats et généraux de la maladie, comme cela arrive en effet par la prolongation des gastrites et des gastro-entérites. Les accidents des dyspepsies s'atténuent d'ordinaire, et deviennent de plus en plus obtus par la durée de la maladie. Le caractère incurable de la gastro-entérite chronique résulte ordinairement des désordres de texture que produit la prolongation de l'inflammation gastro-intestinale, lors même qu'elle est d'une intensité modérée. Les dyspepsies acescentes les plus anciennes guérissent ou suspendent quelquefois leurs accidents en très peu de temps.

Diagnostic comparatif des dyspepsies acescentes et des carcinômes gastro-intestinaux.

2801. L'anorexie et les perversions de l'appétit sont des symptômes fréquents des dyspepsies acescentes. Si l'appétit est conservé, il est rapidement satisfait par une quantité modérée d'aliments, excepté cependant pour les cas de boulimie. Chez ceux qui ont une affection carcinômateuse des organes digestifs, l'appétit dépasse au contraire souvent les limites de l'état de santé, et ne s'interrompt même pas

toujours par une trop grande quantité d'aliments. Les vomissements dans les carcinômes du pylore arrivent, ordinairement une demi-journée et même plus après l'ingestion des aliments, avec des douleurs cardialgiques qui ne les précèdent que de quelques heures. Les vomissements dus à la présence des dyspepsies sont précédés de douleurs cardialgiques et d'éructations flatulentes et acides qui commencent presque aussitôt après l'ingestion des aliments (2533). La douleur gastrique, dans les carcinômes du tube digestif, s'interrompt après le vomissement et fait place à un état de bien-être qui contraste avec le malaise et le sentiment d'anxiété épigastrique qui l'ont précédé. Si les malades vomissent dans les cas de dyspepsies acescentes, le soulagement n'est que temporaire; les éructations flatulentes, acides, l'anxiété épigastrique, ne tardent pas à se reproduire, et persistent toujours, même après que l'estomac s'est débarrassé des aliments imparfaitement digérés. Les régurgitations pituiteuses dans les dyspepsies acescentes, et surtout dans les dyspepsies hypochondriaques, sont toujours précédées et accompagnées de douleurs cardialgiques, de la sécrétion abondante de salive épaisse à la bouche; chez ceux qui ont des carcinômes gastriques, elles arrivent ordinairement sans être précédées de nausées et de douleurs cardialgiques, le plus souvent même sans que le malade éprouve aucun malaise qui fasse prévoir leur manifestation. Le liquide rejeté par régurgitation dans les dyspepsies est presque toujours acide, et souvent mêlé de bile; il est, dans la plupart des cas, aqueux et sans saveur dans les carcinômes gastriques. Les symptômes cachectiques ne surviennent chez ceux qui sont affectés d'une simple dyspepsie acescente chronique que lorsque la maladie s'est longtemps prolongée, et que par suite de l'abstinence que les malades s'imposent, ou même qu'après que la maladie a déterminé pendant un certain temps de vives douleurs cardialgiques ou de fréquents vomissements. Ces symptômes se remar-

quent dans les affections carcinômateuses du tube digestif, souvent presque en même temps que les symptômes gastriques proprement dits, lors même que ces accidents sont peu intenses, et souvent bien avant que les vomissements et l'impossibilité de supporter sans douleur gastrique les aliments ingérés, se soient manifestés.

Des symptômes cachectiques dans les dyspepsies acescentes chroniques et dans les carcinômes gastro-intestinaux.

2802. Les symptômes cachectiques des dyspepsies acescentes chroniques consistent dans un état d'amaigrissement et comme de langueur de toutes les fonctions (2609). Dans les carcinômes du tube digestif, la peau, surtout à la face, prend une teinte jaune paille, et un aspect terreux; les capillaires des téguments, particulièrement aux pommettes et sur les lèvres, sont dans un état d'anémie; le tissu cellulaire des extrémités abdominales et même de la face et du tronc est mou et même œdémateux. Dans les cachexies des dyspepsies acescentes chroniques le tissu cellulaire est affaissé et comme desséché. La dyspepsie cardialgique chronique détermine souvent comme épiphénomènes des sueurs abondantes, surtout au déclin des exacerbations cardialgiques. Ces sueurs cessent ordinairement ou au moins surviennent plus rarement et avec beaucoup moins d'abondance quand la dyspepsie acescente a jeté par sa continuité le malade dans un état de faiblesse extrême et de cachexie. Ceux qui ont des carcinômes gastriques ont la peau sèche, et ne transpirent que difficilement; ce n'est qu'au plus haut degré de la cachexie que les sueurs surviennent; elles sont froides, visqueuses, et ont véritablement le caractère de déperditions colliquatives.

Des tumeurs abdominales dans les dyspepsies acescentes et les carcinômes gastro-intestinaux.

2803. Dans la plupart des carcinomes gastriques les tumeurs cancéreuses se décèlent à l'exploration au travers des parois abdominales amincies par l'amaigrissement et par l'atrophie des couches musculaires qui les forment; elles sont lobulées, inégales, le plus souvent bien circonscrites; elles sont toujours légèrement douloureuses à la pression; elles restent immobiles, ou au moins ne chan-

gent pas de siège par les mouvements du malade. Si l'on reconnaît souvent dans les dyspepsies acescentes, par suite de la constipation opiniâtre qu'elles entretiennent, des tumeurs dures intra-intestinales, déterminées par les fèces endurcies (2630), on ne peut les confondre avec celles que forment les masses carcinômateuses; elles sont indolentes et mobiles sous la pression; elles changent de place dans les mouvements que le malade exécute; elles occupent surtout les régions du côlon lombaire gauche et du côlon transverse; enfin elles disparaisent si le malade a des évacuations alvines.

2804. Les tumeurs formées par la distension temporaire de la vésicule du fiel dans certaines formes de dyspepsies cardialgiques bilieuses (2629) ont un siège voisin de celui des tumeurs cancéreuses pyloriques; elles s'en distinguent, parce qu'elles ne sont point dures, mamelonnées et rénitentes, parce qu'elles se prolongent supérieurement vers le bord de l'hypochondre, et jusque sous les côtes, au point qui correspond à l'extrémité antérieure de la grande scissure hépatique. Le caractère le plus saillant des tumeurs de la vésicule du fiel est d'alterner par leur apparition et leur disparition avec des excrétions anomales de bile qui surviennent soit par le vomissement, soit par les selles. Les tumeurs cancéreuses du pylore sont toujours séparées de l'hypochondre par un intervalle; elles s'abaissent à mesure que la maladie se prolonge, jusqu'à venir se placer au niveau et à droite de la cicatrice ombilicale.

Diagnostic des tumeurs formées par la distension de la vésicule du fiel dans les dyspepsies acescentes.

### Art. VI. Du prognostic des dyspepsies acescentes ou cardialgiques.

2805. Les dyspepsies acescentes aiguës, chroniques et hypochondriaques, se terminent souvent par la guérison. Cette terminaison s'obtient plus difficilement pour les dyspepsies chroniques que pour les dyspepsies cardialgiques aiguës, et plus difficilement encore pour les dyspepsies hypochondriaques (2422, 2468, 2489).

Prognostic général des différentes formes des dyspepsies acescentes.

Prognostic général des dyspepsies acescentes suivant les conditions principales dans lesquelles elles surviennent.

2806. La guérison de la dyspepsie s'obtient en peu de jours chez les personnes encore jeunes, et d'une bonne constitution, si la maladie est aiguë, et si elle est survenue par des causes extérieures dont l'effet a été passager: elle est moins rapide pour ceux qui ont été affectés plusieurs fois de cette maladie; plus lente encore si la dyspepsie, quoique provoquée par une cause extérieure passagère dans ses effets, affecte une personne habituée à un régime mal ordonné. La guérison de la dyspepsie acescente aiguë est toujours difficile chez ceux qui vivent sous l'influence d'impressions morales pénibles ou de conditions hygiéniques débilitantes, comme la vie trop sédentaire, le séjour dans des appartements mal éclairés, ou froids et humides, les travaux manuels et intellectuels trop prolongés.

Prognostic de la terminaison des dyspepsies cardialgiques.

2807. Les dyspepsies cardialgiques aiguës qui surviennent dans ces fâcheuses conditions passent presque toujours à l'état chronique ou à la forme hypochondriaque (2421). Ce passage à l'état chronique est presque inévitable chez ceux de qui la constitution est détériorée : la maigreur, la flaccidité des chairs, la débilité des fonctions musculaires, la mobilité des actes du système nerveux, la sécheresse de la peau, sont les signes qui le font présager avec le plus de probabilité.

Prognostic spécial des différentes formes des dyspepsies cardialgiques et cardio-entéralgiques.

2808. La terminaison heureuse des dyspepsies cardialgiques aiguës laisse toujours une disposition aux récidives, d'autant plus grande que la maladie s'est déjà reproduite plus souvent, ou que sa guérison a été obtenue avec plus de difficulté, ou que le malade est par son âge, par ses habitudes, par sa constitution, dans des conditions proégumènes.

Prognostic des cardialgies bilieuses.

2809. Les cardialgies aiguës bilieuses sont plus difficiles à guérir que les dyspepsies cardialgiques simples, et déterminent toujours à un plus haut degré la débilité générale et l'éréthisme du système nerveux, qui rendent les convalescences plus longues, et qui doivent faire redouter les récidives ou le passage à l'état chronique ou hypochondriaque.

2810. Les cardio-entéralgies aiguës sont toujours plus rebelles et plus sujettes à récidiver que les cardialgies acescentes aiguës simples ; elles laissent aussi après elles une débilité plus grande et une irritabilité exagérée du tube digestif et du système nerveux, beaucoup plus difficiles à réparer.

Prognostic des cardio-entéralgies aiguës.

2811. Lorsque les dyspepsies acescentes aiguës ou chroniques, et surtout les cardio-entéralgies, se manifestent à des âges de la vie où s'établissent de grands changements physiologiques dans l'économie (2698 *et sqq.*), comme à la puberté, à l'âge critique, ou lorsque leur manifestation coïncide avec la suppression de modifications marquées dans des habitudes organiques, comme avec des suppressions d'hémorrhoïdes (2763), de sueurs, de flux leucorrhoïques, de douleurs rhumatismales, etc., habituelles, la guérison s'obtient difficilement, et il est très rare qu'elle soit définitive. Lorsqu'au contraire des changements dans les habitudes organiques surviennent en même temps que des dyspepsies acescentes, ou succèdent immédiatement à la guérison de ces maladies, ou s'accomplissent en même temps qu'elles, la guérison est plus sûre et les récidives moins à redouter. C'est ainsi que les cardialgies qui surviennent au moment de la dentition chez les jeunes enfants, ou au moment de la révolution de la puberté et de l'établissement des premières menstrues chez les jeunes filles, passent rarement à l'état chronique ; elles guérissent avec l'état transitoire avec lequel elles coïncident.

Prognostic déduit de l'état de l'organisme des sujets affectés de dyspepsie.

2812. La guérison des dyspepsies acescentes chroniques nous a toujours paru beaucoup plus difficile à obtenir lorsque la maladie chronique a fréquemment subi des exacerbations aiguës, surtout avec la forme de cardialgies bilieuses et de cardio-entéralgies. Il suffit souvent d'une exacerbation aiguë pour faire prendre à la dyspepsie chronique la forme ataxique et hypochondriaque.

Prognostic déduit de la marche et de la nature des accidents des dyspepsies acescentes.

2813. L'intensité des symptômes secondaires de la dys-

pepsie acescente chronique est la mesure du caractère réfractaire de la maladie. Ainsi quelque ancienne que soit une dyspepsie chronique, quelque prononcés que soient les désordres des fonctions digestives qu'elle provoque, la guérison ne sera pas très difficile à obtenir, si le malade n'est pas dans un état considérable d'émaciation, de débilité et d'éréthisme du système nerveux. Lorsqu'au contraire ces symptômes secondaires sont intenses, lors même que les dérangements des fonctions digestives seraient peu marqués, la guérison de la maladie est très difficile, ne s'obtient qu'avec une excessive lenteur, et encore n'est-elle souvent que temporaire.

Prognostic des dyspepsies chroniques déduit des changements qui s'accomplissent dans la constitution des sujets.

2814. Le rétablissement complet et sans crainte de récidive de ceux qui ont eu des dyspepsies acescentes prolongées ne s'obtient en réalité que par un changement dans l'accomplissement de toutes les fonctions organiques; aussi n'est-il possible que par le concours de toutes les influences hygiéniques, diététiques et morales les plus propres à fortifier l'organisme. C'est là pourquoi les dyspepsies chroniques sont presque toujours incurables chez ceux qui sont privés de ces moyens de réparation et de conservation de forces, et chez ceux qui sont dans l'âge décroissant de la vie. Presque toujours dans ces cas la cardialgie prend la forme ataxique et hypochondriaque, et finit par détériorer les fonctions à un tel degré que le terme de la vie en est accéléré.

Prognostic déduit de la probabilité du développement constitutif de lésions dans la texture des viscères abdominaux.

2815. Lorsque les fâcheux effets que la dyspepsie acescente chronique détermine dans l'organisme par sa prolongation, coïncident avec la débilité qui résulte d'une constitution faible ou détériorée par une vie passée au milieu des privations, ou qui résulte d'un âge avancé, la maladie s'aggrave du développement d'anomalotrophies ou d'hétérosarcoses, dont l'opportunité résulte de l'affaiblissement extrême de la nutrition, et dont les organes abdominaux deviennent le siège, au moins dans la plupart des cas (2668). Ce prognostic fâcheux qui porte plutôt sur l'effet de l'état général

de détérioration des fonctions organiques, que la maladie prolongée des organes digestifs a déterminée, que sur cette maladie elle-même, est plus applicable encore aux dyspepsies ataxiques et hypochondriaques qu'aux simples dyspepsies chroniques.

Prognostic déduit de la succession des âges dans les dyspepsies chroniques.

2816. Nous avons signalé parmi les terminaisons naturelles des dyspepsies acescentes chroniques celles qui sont dues aux changements qui s'opèrent naturellement dans l'organisme par la succession des âges (2468, 2489). La manifestation des phénomènes qui indiquent l'imminence et l'accomplissement de ces mutations physiologiques est d'un heureux présage, d'autant plus que c'est un effet de ces maladies de les retarder et de les rendre imparfaites. La lenteur de ces changements, l'imperfection des fonctions organiques qui doivent prendre une nouvelle activité, sont ainsi des signes fâcheux qui indiquent que la terminaison de la maladie ne s'accomplira pas, ou ne s'accomplira qu'imparfaitement; le malade restera au moins, par suite de la dyspepsie chronique, dans un état général de débilité organique très long, et quelquefois incurable.

Prognostic spécial des dyspepsies hypochondriaques.

2817. Les dyspepsies hypochondriaques d'une intensité modérée, ou qui affectent des personnes encore jeunes, ne sont pas par elles-mêmes plus difficiles à guérir que toute autre dyspepsie acescente chronique; mais la difficulté de la guérison provient de l'état moral des malades, qui les éloigne de se soumettre avec persévérance à la médication rationnelle. La maladie croît avec l'âge, et devient de plus en plus réfractaire. Beaucoup de personnes affectées de dyspepsies hypochondriaques modérées mènent sans grand danger pendant longtemps une vie valétudinaire[1]. La dyspepsie hypochondriaque des hommes âgés, surtout quand elle est invétérée, est souvent incurable; elle l'est toujours quand elle se complique d'altérations organiques intercurrentes (2771).

[1] F. Hoffmann, *Med. rat. syst.*, t. III, sect. I, cap. VI, § XXVII.

Prognostic déduit de la présence des excrétions insolites qui surviennent pendant le cours des dyspepsies acescentes.

2818. Parmi les phénomènes qui se produisent dans les dyspepsies cardialgiques aiguës et chroniques, il n'en est pas de plus importants pour le prognostic que les excrétions insolites.

Prognostic à déduire des excrétions bilieuses symptômatiques des dyspepsies.

2819. Les excrétions bilieuses qui surviennent dans les cardialgies bilieuses aiguës et chroniques (2542), tant qu'elles sont modérées, ne produisent qu'une débilité temporaire et un état d'éréthisme du système nerveux, qui peuvent n'avoir d'autre importance que de présager une convalescence plus pénible et la probabilité d'une irritabilité nerveuse qui rendra le malade plus accessible à l'action de toutes les causes morbigènes. Mais si ces excrétions sont considérables, elles jettent immédiatement le malade dans une débilité extrême avec une langueur remarquable de toutes les fonctions organiques, qui persiste dans la convalescence, entretient un état nerveux qui a des formes hypochondriaques ou hystériques, et expose aux récidives avec probabilité d'une cardialgie chronique.

Si ces excrétions bilieuses exagérées surviennent pendant le cours de la dyspepsie chronique, et surtout de la dyspepsie hypochondriaque, la maladie est toujours exaspérée et son caractère réfractaire aggravé; les accidents nerveux, qui ajoutent toujours beaucoup à la gravité de la maladie, deviennent constamment plus intenses.

Prognostic déduit de la diarrhée stercorale dans les dyspepsies.

2820. La diarrhée stercorale est toujours un symptôme fâcheux (2541), même dans la dyspepsie cardialgique aiguë; tant qu'elle persiste, quand même les douleurs cardialgiques et entéralgiques auraient cessé, la maladie n'est point réellement en voie de décroissement; le malade est exposé à des recrudescences, et la dyspepsie tend à la forme chronique; si elle y est déjà arrivée, elle ne devient que plus réfractaire, et tend à devenir hypochondriaque. De toutes les dyspepsies hypochondriaques, celles dans lesquelles la diarrhée persiste ou seulement se produit par intervalles sont les plus difficiles à guérir.

2821. Les vomissements opiniâtres sont un symptôme grave des dyspepsies (2529 *et sqq.*). A l'état aigu, ce symptôme ajoute à l'intensité de la maladie, et rend la médication très difficile par la difficulté qu'on éprouve à le réprimer, surtout lorsqu'il s'est déjà manifesté plusieurs fois, et principalement quand il se montre comme accident habituel. A l'état chronique et chez les hypochondriaques (2533), ce symptôme peut persister pendant très longtemps sans ajouter à la gravité de la maladie. Lorsqu'il ne détermine pas l'expulsion de la totalité des aliments ingérés, et souvent il ne consiste que dans l'expulsion de matières muqueuses sans mélange de matières chymeuses, il n'en résulte pas un état de détérioration plus marqué des forces du malade, comme cela arrive lorsque tous les aliments ingérés sont rejetés. Dans toutes les dyspepsies chroniques, celles où surviennent facilement et fréquemment des vomissements, ont toujours des exacerbations aiguës imminentes. Prognostic déduit des vomissements dans les dyspepsies.

2822. Les sueurs (2570 *et sqq.*) faciles et modérées avec un certain degré de développement du pouls et une injection des capillaires cutanés présagent ordinairement une heureuse et facile terminaison des dyspepsies aiguës. Ce prognostic heureux est moins assuré pour les dyspepsies chroniques. La manifestation des sueurs actives est cependant toujours encore une circonstance heureuse; elle fait cesser les exacerbations cardialgiques aiguës qui ont pu survenir, et elle diminue l'intensité de la maladie. Ce changement favorable est surtout marqué dans les dyspepsies hypochondriaques. Pour toutes les dyspepsies, aussi longtemps que la peau reste sèche, blafarde et comme terreuse, et que le malade éprouve une extrême aptitude à ressentir l'impression du froid, la guérison est encore éloignée. Des sueurs comme signe prognostique des dyspepsies.

2823. Les sueurs abondantes et colliquatives (2573), avec pâleur de la peau et vertiges, douleur céphalalgique obtuse, augmentation de la faiblesse du malade, marquent souvent le passage de la dyspepsie cardialgique aiguë à la forme

chronique ; dans les dyspepsies chroniques elles indiquent une forme grave et toujours réfractaire de la maladie. Dès qu'elles paraissent, on peut compter que les accidents nerveux et l'état cachectique général seront immédiatement aggravés.

Prognostic déduit de l'état des urines dans les dyspepsies aiguës et chroniques.

2824. Les urines aqueuses, abondantes, quelquefois en quantité plus considérable que celle des boissons ingérées, sont un symptôme grave, surtout dans les cardialgies chroniques et hypochondriaques (2558 *et sqq.*). La disparition de ce symptôme marquée par la diminution de la quantité des urines et par leur changement en urines colorées sédimenteuses, est un signe d'heureux présage; lorsqu'il se manifeste, le décroissement de la maladie est prochain, pourvu que cette excrétion conserve ses caractères pendant plusieurs jours.

2825. La boulimie et la malacie sont des symptômes qui appartiennent plus spécialement aux dyspepsies cardialgiques chroniques; lorsqu'elles surviennent pendant le cours des dyspepsies aiguës, elles indiquent la conversion en maladie chronique ; et aussi longtemps qu'elles persistent dans la dyspepsie chronique, la terminaison de la maladie est éloignée. La forme hypochondriaque, si elle n'existe déjà, est toujours alors imminente.

Prognostic déduit des perversions de l'appétit dans les dyspepsies acescentes.

La coïncidence de la boulimie et des vomissements est un des phénomènes les plus graves des dyspepsies chroniques, la débilité extrême du malade et l'état cachectique en sont les effets rapides, et la mort peut en être le résultat. C'est un des plus fâcheux accidents des cardialgies hypochondriaques.

2826. Lorsque l'appétence des aliments s'établit après avoir été altérée ou suspendue, on peut en tirer un prognostic favorable dans les dyspepsies aiguës et chroniques, pourvu que cette appétence ne cesse pas dès le commencement du repas. Si cela arrive, la maladie prend un caractère chronique et plus réfractaire [1].

[1] Lommius; *Obs. Med.*, lib. II, p. 112, lib. II, p. 145, 4ᵉ edit. Amstelodami, 1738.

2827. La polydipsie (2515) est toujours de fâcheux présage dans les dyspepsies acescentes chroniques ; sa présence suffit pour qu'on doive regarder la maladie comme extrêmement difficile à guérir. Du reste, ce symptôme se rencontre dans des dyspesies chroniques de peu d'intensité, à la gravité desquelles il ne paraît rien ajouter.

De la diarrhée comme signe prognostique des dyspepsies acescentes.

2828. La cessation de la constipation (2535 *et sqq.*), sans qu'il s'établisse de diarrhée stercorale ou bilieuse, dans les dyspepsies aiguës et chroniques, est un signe d'une prochaine terminaison. Mais si la liberté du ventre ne s'interrompt que par la manifestation de diarrhées muqueuses ou bilieuses, c'est un changement défavorable qui doit faire craindre l'imminence des exacerbations cardio-entéralgiques qui affaiblissent le malade, ajoutent à ses souffrances, et aggravent beaucoup son état. Il faut toujours redouter les suites de cet accident dans les dyspepsies hypochondriaques.

Pour bien apprécier la valeur des diarrhées intercurrentes pour le prognostic des dyspepsies (2541), il importe de tenir compte des causes accessoires auxquelles le malade peut avoir été soumis. On rencontre fréquemment des personnes malades de dyspepsies aiguës et surtout de dyspepsies chroniques et hypochondriaques qui sont exposées, soit par des idiosyncrasies, soit par les conditions spéciales que les organes digestifs doivent à la maladie, à être affectées de diarrhée par l'usage de certains aliments, ou de certaines boissons, ou par l'influence de causes externes, telles que celle du froid humide ou des commotions morales. La diarrhée ainsi provoquée peut n'être que passagère ; cependant elle a toujours des inconvénients ; elle peut quelquefois convertir en une cardialgie ou en une cardio-entéralgie intense une maladie qui n'avait qu'une gravité modérée. Si la diarrhée devient permanente, elle est souvent l'effet d'une lésion organique consécutive du tube digestif.

De la valeur comme signe

2829. L'invasion des accidents spasmodiques (2595), et

prognostique des accidents spasmodiques intercurrents aux dyspepsies acescentes aiguës et chroniques.

surtout des syncopes et des lipothymies, est toujours d'un grave prognostic dans les dyspepsies, et surtout dans les dyspepsies acescentes chroniques [1]. Si ces accidents arrivent dans une recrudescence aiguë de la dyspepsie chronique ou hypochondriaque, et disparaissent sans retour avec la recrudescence, le prognostic est moins fâcheux. Mais s'ils se produisent sans exacerbation des symptômes dyspepsiques proprement dits, ils indiquent toujours un haut degré de gravité de la maladie, et ils présagent une longue durée et une guérison difficile.

De l'insomnie et des rêves pénibles comme signes prognostiques des dyspepsies acescentes.

2830. L'insomnie et les rêves pénibles dans un sommeil court et agité, sont des symptômes fâcheux; la détérioration des forces marche rapidement dès qu'ils se produisent, et les accidents nerveux ne tardent pas à survenir, si déjà ils n'existent. La cardialgie chronique où ces symptômes arrivent, passe rapidement à une forme hypochondriaque grave qui guérit très difficilement.

Prognostic des dyspepsies cardialgiques des femmes grosses.

2831. Les dyspepsies cardialgiques qui surviennent pendant la grossesse se terminent ordinairement avec l'état de gestation ; la plupart même cessent vers le cinquième mois de la grossesse (2445 *et sqq.*). Lorsque ces dyspepsies sont intenses, et surtout si elles déterminent des vomissements de toutes les substances ingérées, ou lorsqu'elles prennent la forme de cardio-entéralgies, elles peuvent provoquer l'interruption de la gestation. Il est vrai que cet accident est le plus souvent alors déterminé par une affection de l'utérus ou de ses annexes, dont la dyspepsie cardialgique n'est que le symptôme (2707 *et sqq.*); mais enfin ce symptôme n'en a pas moins une grande importance pour le prognostic.

Lorsque la dyspepsie cardialgique symptômatique de la grossesse est intense et prolongée, elle détermine ou elle aggrave, si elle existait déjà chez la malade, la prédisposition à la cardialgie qui se reproduit souvent après la parturition sous l'influence de l'état puerpéral.

[1] F. Aug. Weber; *De signis et causis morb.*, cap. XVII, p. 97.

Prognostic des cardialgies et des cardio-entéralgies arthritiques.

2832. Les cardialgies arthritiques (2767) sont toujours très graves, surtout quand elles succèdent immédiatement à la cessation rapide de l'affection articulaire[1]. Lorsqu'elles se sont une fois produites dans une attaque de goutte, elles reparaissent souvent avec plus d'intensité aux attaques suivantes. Les cardialgies arthritiques aiguës passent facilement à l'état chronique, lorsque la goutte a ce caractère. Elles ont plus souvent que toutes les autres dyspepsies cardialgiques des exacerbations aiguës qui prennent la forme de cardio-entéralgies. Lorsqu'un goutteux a été affecté plusieurs fois de cardialgie, cette affection devient chronique et prend presque toujours la forme hypochondriaque et guérit très difficilement.

[1] *Pessima cardialgia si doloribus arthriticis retrogradis supervenit.* F. A. Weber. *De signis et causis morb.*, cap. XVII, p. 8.

FIN DU TROISIÈME VOLUME.

# TABLE DES MATIÈRES

## CONTENUES DANS CE TROISIÈME VOLUME.

*Suite de la* DEUXIÈME PARTIE. (DES DIACRISES).

Continuation de *la Section première du* LIVRE II.

*Suite du Chapitre* I^er.

---

Paris. Imp. de F. Locquin, 16, rue N.-D. des Victoires.

R.B. 24 · 4 · 1981